حوار مع رجل الكهف في

الاكتئاب

DSM-5

الاضطرابات الاكتئابية
Depressive Disorders

@afyoune

المحاورة الثالثة

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في الاكتئاب

حوار مع رجل الكهف في الاكتئاب

الاضطرابات الاكتئابية

Depressive Disorders

DSM-5

المحاورة الثالثة

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في الاكتئاب
دافيد رجل الكهف
ردمك: 978-9931-754-11-4
الإيداع القانوني: السداسي الأول – 2020

مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع
رقم 01 حي ابن سينا، بئر خادم، الجزائر
رقم الهاتف: (213) 0780002496 / (213) 0561391469
البريد الألكتروني: dromelin.publishing@gmail.com
الموقع الإلكتروني: www.dromelin.dz

rajulkahf@gmail.com
@rajulkahf
TheCavemanTalks

الإهداء

إلى داني الذي آمل ألا يختبر أي نوبة اكتئاب في حياته.

إلى خير أنيس لي في نوبات الاكتئاب الحاد، لوسيل.

إلى كل من قضى عمره يكابد عناء منع نفسه من إنهاء حياته مثلي.

رجل الكهف

صدر من سلسلة حوار مع رجل الكهف حتى الآن

المحاورة الأولى: حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟

المحاورة الثانية: حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية

المحاورة الثالثة: حوار مع رجل الكهف في: الاضطرابات الاكتئابية

المحاورة الرابعة: حوار مع رجل الكهف في: اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

المحاورة الخامسة: حوار مع رجل الكهف في: الكتابة الأكاديمية

جدول المحتويات

فهرس المراجع

المقدمة

[1] أنا ثنائي القطب الثاني مع هيمنةِ للنوبات الاكتئابية والنوبات المختلطة، ودورانٍ سريع، ودورانٍ سريع جدا. وقد أمضيت حياتي كلّها متقلباً بين نوبات الاكتئاب الحاد إلى حالة من الاكتئاب المتوسط مع نوبات تحت هوسية. لذا فإني أعتقد أنّني أعرف تمام المعرفة ألم الاكتئاب الحاد الذي يوصل إلى محاولات الانتحار.

من إدراكي بخبرتي الشخصية المزمنة للاكتئاب، كما وخبرتي العلمية، فإني وجدت أنّ من الضروري أن أقدّم لأقراني كتاباً شاملاً يغطّي الاضطرابات الاكتئابية ويحدّدها بدقة على النحو المعتمد في حقل الطبّ النفسي والمعتمد بشكل كبير أكاديميا وفي الممارسات العيادية حول العالم، على أمل أن يساعدهم في النجاة من الوقوع في براثن الاكتئاب، أو شباك الدجالين، وأن يرشد أولئك العالقين فيه إلى طريق الخلاص قبل أن يذوقوا من مرارته ما ذقته أنا.

[2] في الحقيقة، هذا الكتاب هو جزءٌ من مشروعٍ بدأت العمل عليه منذ ثلاث سنوات يهدف إلى تقديم موسوعة مرجعية شاملة لجميع الاضطرابات النفسية، مضبوطة بشكل علمي محض بعيداً عن أي تدجيل أو خرافات. إلا أنّ هذا المشروع بقي يتعثر فلم أستطع أن أنجز منه حتى الآن سوى اضطرابات الشخصية والاضطرابات الاكتئابية واضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، واضطرابات متفرقة من مجموعات أخرى، على أنّي قد أنجزت فيديوهات فيها نبذات عن كلّ هذه الاضطرابات ضمن سلسلة

إني لم أكن لأتحمل عبء القيام بهذا المشروع المرهق لولا اعتقادي بأهميته الكبيرة وانعدام وجود نظيرٍ له بلغة الضاد. لن أستفيض هنا في الحديث عن الأمر أكثر من هذا لأنني قد ذكرت القصة كاملة في مقدمة المحاورة المتعلقة باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة. هاتان المحاورتان هما توأم متعلق باضطرابات المزاج. وعليه، فإن هذا الكتاب مخصص للاكتئاب أحادي القطب بجميع أنواعه وأعراضه، والذي هو القطب الأدنى من المزاج، وإن توأمه يتحدث عن النصف الأعلى من المزاج، متمماً بذلك قطبي اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بالتفصيل، مع شروحات مفصلة للاضطرابات المزاجية ذات الطابع الثناقطبي.

[3] هذا الكتاب هو المحاورة الثالثة في سلسلة حوار مع *رجل الكهف* التي كان أولها حوار مع *رجل الكهف* في: *ما المثقف*؟ وثانيها حوار مع *رجل الكهف* في: *اضطرابات الشخصية*. كما أنه نُشر بالتزامن مع هذه المحاورة تتمتها وهي حوار مع *رجل الكهف*: في *اضطراب ثنائي القطب*، والتي تمثّل المحاورة الرابعة في هذه السلسلة، بالإضافة إلى محاورة خامسة في الكتابة الاكاديمية.
والحق أنني أبني سلسلة حوار مع رجل الكهف بشكل تكاملي، بحيث أنّ كل محاورة تستند على المحاورة السابقة عليها وتؤسس للمحاورة اللاحقة لها. لهذا السبب سوف يُلاحظ القارئ أنني أشير إلى المحاورتين السابقتين في مواضع عديدة، بل إني قد اضطررت للإشارة الى المحاورة التوأم في عدة مواضع، لأنني لم أكرر ما قد شرحته في المحاورات الأخرى ما لم يكن أمراً جوهرياً لا يمكن متابعة الحوار دونه.

[4] أنا لا أعني أن القارئ لن يفهم هذه المحاورة دون قراءة المحاورتين

الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رجل الكهف* على اليوتيوب.[*]

[*] www.youtube.com/c/TheCavemanTalks

السابقتين عليها، إلا أنه سوف يكسب أفضل كسب لو أنه يفعل ذلك.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن محاورة اضطرابات الشخصية، ومحاورة الاضطرابات الاكتئابية، ومحاورة اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة في واقع الأمر محاورة واحدة قمت بتقسيمها على ثلاثة أجزاء.

[5] وعلى الرغم من أني متأكد من صحّة جميع المعلومات الواردة في هذه المحاورة -لأنني ترجمتها بنفسي، وبمنتهى الدقة، عن أهم وأحدث الكتب والأبحاث والدراسات- إلا أنه لا يجب، بحال من الأحوال، أن يتم استخدامها كبديلٍ عن مراجعة الأخصائيين النفسيين.

وإذا أحجمت عن التفصيل في أساليب العلاج فإن هذا مردّه لسببين: أوّلهما هو أنّه يستحيل إيفاء الموضوع حقّه دون أن يتضخم حجم هذا العمل كثيراً، وثانيهما، هو أنّ هذا الكتاب موجه بالدرجة الأولى للقارئ العادي الذي لن تكون معرفة أساليب العلاج ذات فائدة كبيرة له، بل على العكس ربّما قد تكون معرفتها ضارة له في بعض الأحيان، ليس لأنّ فيها أي شيء ضار، بل فقط لأنّه من الشائع جداً، نتيجة تعقيد التفاصيل وكثرة العلائق، أن يتمّ فهم بعض الأساليب العلاجية بطريقةٍ خاطئة. والحق أن هذا هو الحال لدى معظم الناس. لهذا السبب، فإني قد أسهبت في الشروحات كثيراً لتحديد أسباب الاكتئاب وأنواعه وكيفية التأكد من وجوده بل ومعايير تشخيصه العلمية المعتمدة من قبل الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، وبشكل كبير حول العالم.

[6] وبالتالي، بعد أن يقتنع القارئ بأن الاكتئاب هو مرضٌ ذو سببٍ فيسيولوجي كأيّ مرضٍ عضويٍّ آخر فإنّه سيتعرّف على أنواع الاضطرابات الاكتئابية، وسيعرف كيفية التأكد من وجودها. وهنا، إذا شعر القارئ أن أحد الأعراض الاكتئابية قد يصف حالته أو حالة شخص آخر يهمه أمره، فليذهب إلى طبيب مختص، وهو الذي سيتأكد من حقيقة وجود هذا التشخيص من

عدمه. وهنا يبدأ العمل على محاولات البحث عن العلاج المناسب لهذه الحالة. فكل حالة هي مزيج متفرد، وما يفيد هذه الحالة قد لا يفيد الأخرى، بل إن عدد التوليفات العلاجية الممكنة، بين الدوائية والكلامية، هو تقريباً عدد لا يمكن إحصائه.

على أني قد حاولت مساعدة القارئ الذي يريد معرفة أساليب العلاج بتزويده بما يستحيل عليّ تضمينه بين دفتي هذا الكتاب، وهو أني أدرجت قائمةً طويلةً من المراجع التي تتحدث عن أساليب العلاج من الاضطرابات الاكتئابية والتي هي معتمدة أكاديمياً وفي الممارسات العيادية. وهكذا يمكن لمن هو مهتم بالموضوع التعرف على مراجع عالية القيمة والمصداقية، منها ما هو مخصّص للأطباء والأكاديميين ومنها ما هو موجهٌ لغير المتخصصين.

[7] كما أني قد قمت بترجمة معظم مقاييس واختبارات الاكتئاب المعتمدة عالميا ترجمة حرفية. فبعد أن يتعرّف القارئ على الاكتئاب، ويعرف معايير تشخيص جميع الاضطرابات الاكتئابية، يمكنه أن يختبر نفسه بواسطة هذه المقاييس التي هي نفسها معتمدة في المشافي والمركز العلاجية حول العالم. وبالنسبة للمتخصصين، فإنهم سيجدون، بالإضافة إلى هذه الترجمة الحرفية للمقاييس، قائمة مراجع تتعلق بكل واحد من هذه المقاييس والاختبارات.

إن المرجع الرئيسي لهذا العمل هو (DSM-5 2013) ومنه ترجمت تشخيصات جميع الاضطرابات الاكتئابية ترجمةً حرفيةً، على أنّ هناك مراجع أخرى بالطبع. بشكل عام، إن المراجع التي اعتمدت عليها في تأليف هذا العمل منشورة من قبل دور نشر مرموقة مثل: American Psychiatric Association و The Guilford Press و Oxford University Press و Chicago University Press و Springer و Oxford Medical و Studentlitteratur و Academic Press و Nature & Publications و Kultur و Cambridge University Press و Oxford Blackwell

.Scientific Publications

8) أما الدراسات والمقالات فهي منشورة في أهمّ المجلات في هذا المجال، ليس أدنى من: Harvard Review of Psychiatry و American Journal of Psychiatry وJournal of Clinical Psychology و Annual Review of Clinical Psychology وClinical Psychology Review وInternational Review of Psychiatry و Advances in Psychiatric Treatment وBritish Journal of Psychiatry و Behavioural Research and Therapy وThe Lancet وDepression and Anxiety ونحوها.

سيجد القارئ المصادر التي استندت عليها في كتابة كلّ باب، بما فيها من قراءاتٍ مقترحةٍ ومراجع إضافيةٍ ذات صلة بموضوع كلّ بابٍ مدرجةً في خاتمة المحاورة.

9) يجب قراءة أبواب هذا الكتاب بالكامل وبالترتيب حتى يحصل القارئ على المعرفة الكاملة المضبوطة، فلقد تمّ بناء هذا العمل كي تتم قراءته بهذا الشكل. كل بابٍ يؤسس لما بعده، ومعظم الأبواب تحتاج معرفةً بأبوابٍ سابقة لها حتى يتمّ فهمها. ومن يقرأ الكتاب بغير هذه الطريقة، كأن يقرأ بعض الأبواب فقط متجاهلاً أبواباً سابقة لها، فإنّه غالباً سيُسيء فهم الكثير من الأمور كما أنّه لن يفهم بعضها.

أقترح أن تتم قراءة هذه المحاورة بالكامل، ومن ثم الإبقاء عليها كمرجع بحيث يمكن للقارئ العودة لاحقاً إلى الباب الذي يبحث مراده بشكل مباشر بعد أن يعي الأمر برمّته في قراءته الأولى.

أتمنى للجميع حياةً خالية من نوبات الاكتئاب.

رجل الكهف

22 July 2020 - 02:39 pm.

Östersund, Sverige

مدخل المحاورة

[10] في العام الماضي، ذهب الصحفيان داني ولوسيل في رحلة استكشافية إلى غابة شاطنية جبلية غير مأهولة. وهناك، شاءت الصدفة أن يلتقيا برجل قد جهّز كهفاً أشبه ما يكون بمنزلٍ صغير قد اقتلع من إحدى المدن وزرع في الجبل هناك.

يلجأ هذا الرجل ذو الوجه الخالي من التعابير -الذي أسمته لوسيل رجل الكهف- إلى كهفه هذا كلما شعر بحاجة إلى الوحدة والعزلة، وما أكثر ما يشعر بهما (رجل الكهف 2018: 16§-32). أما كهفه فيقع في غابة شاطنية جبلية غير مأهولة لا بد أنّها من أجمل بقاع هذا الكوكب، حيث تنفرج الطبيعة بعد سلسلة من الجبال الكثيفة الأشجار على منظرٍ ساحر يسلب الألباب.

[11] فهناك خليجٌ يمتدُ من البحر الساكن الأمواج مستأثراً بالجهة الغربية من المشهد والذي تتناثر فيه جزر صخرية صغيرة عارية تقريباً مترامية هنا وهناك. ولكي يكتمل تنوع عناصر تلك اللوحة الطبيعية، فإن الخليج محاطٌ بجبال تتطاول فيها الأشجار في سباقٍ محموم فيما بينها للحصول على أكبر قدرٍ ممكنٍ من ضوء الشمس. أما الأعشاب التي تفترش أرضها فهي قانعةٌ بنصيبها المتواضع مما يصلها من فوتونات.

على الجهة الشمالية من الخليج يمكن ملاحظة انخفاض واضح في كثافة الأشجار مقارنةً بباقي جهات الخليج نفسه. وإذ يشعر المرء أن الطبيعة لم يتم تدنيسها بعدُ في هذا المكان، فإنه ليحق له التساؤل عن سبب ذلك الاختلاف.

بيد أنه ما إن يخلع نظارته الشمسية ويمعن النظر في نفس الرقعة المذكورة حتى يعرف السبب. لقد تمّ تدنيس هذه البقعة! فإنّ هناك زجاجاً يلمع هناك.

[12] الكهف يقع في فجوة جبلية عرضها عند مقدمتها عشرة أمتار، وترتفع قرابة الثلاثة أمتار، وهي بعمق ستة أمتار. لكن عند ذلك العمق، ينخفض عرضها ليصبح ستة أمتار، وينخفض ارتفاعها إلى مترين.

لقد قام مستثمرون من قاطعي الأشجار قبل نحو قرنين من الزمن باستغلال هذا التجويف، وذلك ببناء جدارٍ خشبي يغلق الفجوة. وأما الباب فهو يقع بشكل مائل بين هذا الجدار والجدار الصخري، حيث إنّ الفجوة تفتقد إلى زاوية قائمة في ركنها الشرقي. على أنّ هذا أضفى لمسة جماليّة خاصة على الكهف، فليس يُطلب من الطبيعة أن تصنع الكهوف بناءً على مقاييسنا الفنية.

[13] على مرّ الزمن تعرّض هذا الوكر الصغير إلى المزيد من التطوير. فقد تمّ تغطية جميع أركانه بالخشب، كما تمّ تقسيمه إلى أربع أقسام. وبما أن الماء وفيرٌ في المنطقة، فتمّ بسهولة حفر بئر، كما تمّ في عام 1927 تركيب نوافذ زجاجية على جدار مقدمة الكهف. والحقّ أنّ هذه النوافذ قد سيطرت على معظم مساحة هذا الجدار. ويغلب الظن أنّ هذا كان من شأنه تسهيل مراقبة العمال وإصدار الأوامر لهم من قبل مدراءهم. كما تمّ في وقت ما من النصف الأول من القرن العشرين تزويد هذا الكهف بالكهرباء، وهكذا أصبح بالإمكان الإقامة فيه مدداً طويلة نسبياً، وبراحة تامة. لكن بعد تزويده بالكهرباء بخمسة سنوات على أكثر تقدير، صدر مرسوم ملكي بتحويل كل تلك المنطقة إلى محميّة طبيعية. وهكذا تم إيقاف قطع الأشجار، وتمّ هجر الكهف حتى سكنه صاحبنا غريب الأطوار هذا.

عند دخولِ الكهف من بابه الكبير المائل -الذي يناسب أن يكون باب كهفٍ بامتياز- تجد نفسك في غرفة طولها ستة أمتار ونصف المتر، وعرضها ثلاثة أمتارٍ ونصف المتر. يسيطر الزجاج على جدارها الأمامي كاشفاً للناظر منظراً طبيعياً غاية في التكامل. فبما أنّه قد تم سابقاً اقتلاع معظم الأشجار المقابلة لهذا الكهف، فإنّ الناظر من النافذة سيرى زرقة ماء البحر بنمشها الصخري محاطة بسواد الغابات.

] وإنّ السهل المفتوح هذا غير مرغوبٍ من قبل الحيوانات التي تقطن المنطقة، فإنّ من يدخله سيفقد التغطية التي تؤمّنها الغابة له، فيجد نفسه فريسةً سهلةً لكلّ مفترس. وبما أنّ السهل يُفضي إلى ماء البحر المالح، وليس إلى بحيرة عذبة، فإنّه ليس فيه ما يجذب الحيوانات، لاسيما وأنّ الغابة غنيةٌ بمصادر لشرب المياه العذبة. وهكذا، فإنّه من النادر أن تسرح الحيوانات في هذا المرج المفتوح، مما يعطي سكوناً لهذا المشهد هو من الشدّة بحيث أنّه قد يخدع الدماغ -الذي لم يعتد النظر من النوافذ إلى إطلالةٍ كهذه- فيحسبه لوحة قد أتقن رسمها.

والحق أنّ ما من إنسان قادرٌ على رسم لوحة تفوق جمال ما ترسمه الطبيعة من تلقاء نفسها.

] جعل رجل الكهف -شديد الترتيب والتنظيم- من هذه الغرفة غرفة جلوسه ومكتبه. ومنها باب يؤدي إلى غرفة جهزها رجل الكهف للنوم في عمق الكهف، وباب آخر يؤدي إلى المطبخ ذي النافذة التي هي أشبه ما تكون بامتداد للنافذة الموصوفة آنفاً، وإن كانت بثلث مساحتها فحسب. هذا المطبخ هو بطول ثلاثة أمتارٍ ونصف المتر وبعرض مترين ونصف، حيث يفسح المجال في عمق الكهف لمكان الاستحمام والمرحاض وغسالة الثياب والمرافق الأخرى.

في هذا الكهف، أمضى الصحفيان عدة أيام يناقشان فيها مواضيع ثقافية قام داني بتحريرها على شكل كتاب نشره بعنوان: *حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟* (رجل الكهف 2018)

في عطلة الأعياد آخر العام الماضي، عاد الصحفيان لزيارة الكهف بحماس كبير من أجل حوار جديد (رجل الكهف 2019: 21).

[15] أمضيا يوم وصولهما في الحديث بأمور متفرقة، منها نشر الكتاب المذكور، وإقلاع رجل الكهف عن التدخين، وتحوّله إلى النباتية الصرفة veganism، وبالتالي، فهي نقاشات لا تعنينا. أما اليوم الثاني، فقد قضوه كاملاً مع الليل بطوله حتى صباح اليوم الثالث يتحدثون عن اضطرابات الشخصية. والحق أنّ ذلك الحوار قد استغرق أربعاً وعشرين ساعةً بالتمام والكمال.

ليس من المهم تدوين ما جرى بقية اليوم الثالث، فقد قضوه بين النوم والاسترخاء وسماع الموسيقى. بيدَ أنّ اليوم الرابع يعلن نهاية ساعات الاسترخاء وبدء ساعات العصف الذهني.. من جديد.

الباب الأول

ماهي الاضطرابات النفسية؟

Mental Disorders

صباح اليوم الرابع، ثلاثتهم يشربون القهوة خارج الكهف ويستمعون إلى موسيقى الجاز.

[17] **لوسيل "بحماسها الطفولي":** أيّ الاضطرابات ستحدثنا عنها اليوم؟

رجل الكهف: بما أنّي أنهيت حديثي عن اضطرابات الشخصية بقصة انتحار سيندي، فإنني أجد أن من المنطقي أن أحدثكما عن أسوأ مرض يمكن أن يصيب أي إنسان. المرض الذي يُعتبر من أكثر الأمراض التي يتصدى لها أخصائيو الصحة النفسية. المرض الذي سيصبح بحلول عام 2030 من ضمن أكثر ثلاث مسببات للمرض، والعجز، والوفاة المبكرة للفئة العمرية 15-44 سنة. (Barlow 2014: 275-276 وأنظر Ferrari 2013)

[18] **داني "بتعجب":** وما هو هذا المرض الخطير؟

رجل الكهف: إنه الاكتئاب يا عزيزي.

[19] داني: ولماذا هو على هذا القدر من السوء؟

رجل الكهف: قبل أن نتحدث عنه لا بدّ أن أتأكد أنكما لا زلتما تتذكران حديثنا الأول عن الاضطرابات النفسية.

[20] داني: ولم لا يا عزيزي هذه فكرةٌ جيدة، وأنا سأبدأ المراجعة. إنّ جميع ما يقوم به البشر من عمليات فكرية، وجميع ما يشعرون به، بل إنّ إدراكهم بالكامل مرهونٌ بالطريقة التي يعمل بها الجهاز النفسي لكل فرد منهم. وبالتالي، فإنّ فهم الاضطرابات النفسية هو مفتاح لنا كي نفهم أنفسنا بشكل أفضل، كما وكي نستطيع تحليل تصرفات الناس والحكم على جودة أفكارهم.

لوسيل: إنّ الأفكار التي يقوم بتوليدها كل دماغ هي من الاستحالة بمكان أن تعتبر موضوعية. (رجل الكهف 2018: ص93-206) ومن هنا تنبع أهمية دراسة وفهم الاضطرابات النفسية. فإن جاءنا شخص يدّعي صادقاً أنه يرى ويسمع ما لا يراه ويسمعه غيره، فإنّ الفرق بين أن نكون جاهلين بالاضطرابات النفسية أو مطلعين عليها يَنتج عنه أن نعتبر هذا الشخص نبياً أو قديساً ونتبع هلوساته، أو أن نأخذه إلى مركز العلاج النفسي قبل أن يؤذي نفسه أو غيره.

[21] داني: أو عندما يأتينا متفلسفٌ ليطرح علينا فلسفته العدمية السلبية، ويخرج لنا بنتيجة يراها هو منطقية جداً وهي أنّ الحياة لا تستحق أن تعاش، وأنّ الانتحار هو الحلّ العقلاني الذي علينا جميعاً اللجوء إليه، فإن هذا الإنسان هو على الأغلب يعاني من الاكتئاب. وبالتالي، بدل أن ندخل معه في جدل عقيم أو أن نتبع استنتاجاته بسذاجة، نستطيع أن نقول له بكلّ صراحة: "أنت يا صاحبي مريض، دماغك لا يعمل كما يجب عليه أن يعمل، عليك بحلّ مشكلتك الخاصة أولاً قبل أن تعمم على البشرية نظريتك السوداوية هذه".

رجل الكهف: وتذكرا أنني أرى حلّ مشكلة تحديد المعيار الذي سنعتمده لنقول إنّ هذا طبيعي وذلك لديه مشكلة تحتاج علاجاً على النحو التالي: نحن

نتاج ملايين السنين من العمل الدؤوب للانتقاء الطبيعي. وبالتالي، فلننظر إلى النتاج العام الذي فضّله الانتقاء الطبيعي في تكويننا النفسي ولنعتبر ما برمجنا عليه الانتقاء الطبيعي على أنه طبيعي. أمّا إن حصل خللٌ في عمل إحدى البرمجيات مما من شأنه أن يعيق الفرد عن مواصلة حياته بشكل طبيعي، أو أنّ هذا الخلل قد يسبب خطراً على الشخص نفسه و(أو) غيره، فلنعتبر هذا غير طبيعي.

لوسيل: نعم إنّي أذكر هذا، وقد زودتنا بمثال من حوارنا السابق عن أنّ جهازنا النفسي مبرمجٌ بطريقة تسمح لنا بالتعلّم من تجاربنا. التجارب السيئة تسبب لنا شعوراً نكرهه جميعنا، وذلك على عكس التجارب الجيدة. وبهذه الطريقة نستطيع أن نتعلّم أنّ هذا الأمر جيدٌ لنا، بينما ذاك على العكس منه. وعليه إذاً فإنّ الحزن الناتج عن المرور بتجربة سيئة هو أمرٌ طبيعيٌ جداً. لكن أن يجد الإنسان نفسه عالقاً في هذا الحزن، والذي يجنح إلى التفاقم مع مرور الوقت بدل أن يجنح إلى التلاشي، معيقاً الفرد عن القيام بأنشطته الطبيعية الاعتيادية، بل موصلاً إيّاه إلى التفكير بإنهاء حياته لأنّه غير قادرٍ على رؤية أيّ أمل في المستقبل، كما ولأن درجة الألم النفسي الذي يعانيه تفوق قدرته على احتمالها، هذا ما يُعتبر فشلاً في آلية عمل جهازه النفسي كما برمجه الانتقاء الطبيعي. فليس من الممكن أن يقوم الانتقاء الطبيعي بانتقاء -والمحافظة على- نزعة الأفراد لقتل أنفسهم؛ هذا يتنافى بشكل تام مع آلية عمل الانتقاء الطبيعي. لذا فنحن نقول لهذا الشخص كما أشار داني قبل قليل: "أنت يا صديقي بحاجة إلى رؤية أخصائي كي يساعدك على إصلاح هذا الخلل الذي تعاني منه. هذا ما يجب عليك فعله الآن بدل أن تحكم على الحياة كلها بنظرتك التشاؤمية هذه".

رجل الكهف: كلامك صحيح. ونفس الأمر يحصل في حالة نوبة الهلع على

سبيل المثال، حيث إنّ الخوف هو استجابةٌ تكيفيةٌ في مواجهة التهديدات. لكن أن تحصل نوبة هلع بدون وجود أي مبررٍ منطقي مسببٍ للهلع، فهذا ما يعتبر فشلاً في هذه المنظومة، فيمسي الشخص مصاباً بهلع دون أيّ مبرر له. بل إنّه قد يتطور ليصاب بنوبات الهلع وهو نائمٌ أيضاً -أقصد أنه يستيقظ من نومه وهو في حالة هلع- لذا فنحن والحالة هذه نقول إنّ هذا اضطرابٌ نفسي يتوجب علاجه. (Barlow 2014: 8)

23 دافي: ومع ذلك، فإنّه حتى اليوم لا يوجد تعريفٌ محددٌ أو حدودٌ واضحةٌ للاضطرابات النفسية. وهناك خلافٌ حول الاضطرابات النفسية والاضطرابات العقلية والأمراض النفسية والأمراض العقلية وسواها من المسميات.

رجل الكهف: لكن، على أي حال، يجب ألا ننسى ما سبقت الإشارة إليه من أنّه لا يوجد شيء اسمه عقل. (رجل الكهف 2018: 70$) وإن كنا لا نزال نقول اضطرابات أو أمراض عقلية، فإنّ هذا مرده إلى التركة الثقيلة التي لا زلنا متأثرين بها وهي ثنائية الجسد والعقل.

بيد أنّه، في الواقع، جميع الاضطرابات والأمراض العقلية دون استثناء هي ذات أساس بيولوجي مادي، وبالتالي فإنها جميعاً، بطريقة أو بأخرى، أمراضٌ فيزيولوجيةٌ كحال جميع الأمراض الأخرى. (DSM-IV 1994: xxi وأنظر Hollandsworth 1990 وRettew 2015)

24 دافي "مقاطعاً": هذا لأن جميع الأحاسيس التي يشعر بها الإنسان هي نتيجة لنشاط ما -كيميائي أو كهربائي- في الجسم. هذه المشاعر ليست منفصلة عن الجسد بأي شكل من الأشكال. وبالتالي، قد لا يكون لدى هذا الشخص خللٌ جيني سبّب الاكتئاب له، لكن هذا لا يمنع كونه ذا سببٍ بيولوجي، ليكُن خللاً في السيروتونين على سبيل المثال.

رجل الكهف: لا يمكنك، يا دافي، أن تشعر بأي شيء دون نشاط مادي ما

يحصل في جسدك. ولهذا السبب، نحن نجنح لأن نقول بأن الشخص الميت لا يشعر بأي شيء وهذا لانعدام وجود أي نشاط بيولوجي في جسده. اللهم إلا البكتيريا السعيدة بالتهام وجبتها الطازجة.

25] لوسيل: لقد قلت لنا أيضاً أنه على الرغم من أنه من المقبول اليوم استخدام عبارتي الاضطرابات العقلية، والاضطرابات النفسية تبادلياً، لكن علينا تجنب استخدام كلمة اضطراب عقلي، فلا وجود للعقل كي يحصل له اضطراب! ودعوتنا إلى أن نسميها اضطرابات نفسية أو أمراضاً نفسية، وهذا كي نفرقها فقط عن تلك التي ليس لها تأثيرٌ حتميٌ على الحالة النفسية للإنسان: كمرض السكري والتهاب المفاصل وغيرهما من الأمراض الفيزيولوجية. رغم أنّ كلا النوعين ذوي منشأ بيولوجي إلا أنّ تجلياتهما تختلف تماما.

داني: ولقد أخبرتنا أنه سواءً كان الاضطراب عصبيَ المنشأ كالصّرع والزهايمر أو نفسيَ المنشأ كالفصام والتوحّد بل وحتى الاكتئاب فإنّ كلا الحالتين تظهران اختلافات تشريحية في أدمغة المصابين بهما. كما إنّ بعض مناطق الدماغ كالحُصين Hippocampus مثلاً -التي تؤثر في معالجة الذاكرة والمشاعر- تكون غالباً بحجم مختلف عند المصابين بالأمراض النفسية والعصبية على حد سواء مقارنة بنظرائهم المعافين. لكن، بطبيعة الحال، إن الاضطرابات العصبية تسبب شذوذاً في عمل مناطق الدماغ المختلفة كما وشبكة الاتصالات في الدماغ بطريقة تختلف عن الاضطرابات النفسية. (Rettew 2015)

26] لوسيل "وهي تشير إلى كتاب (DSM-IV 1994)": لقد ذكر محررو هذا الكتاب أنهم غير موافقين على عبارة "اضطرابات عقلية" المستخدمة في عنوانه، إلا أنهم يستخدمونها على أيّ حال لعدم توافر البديل المناسب. وأنهم قد أشاروا بوضوح إلى أنّ مفهوم الاضطراب النفسي، حاله كحال غيره من الكثير من المفاهيم الطبية والعلمية، يفتقر إلى تعريف تشغيلي يغطي جميع

الحالات.

ومع ذلك، فهم قد أبقوا على التعريف الذي كان مدرجاً في النسخة الأقدم بقولهم: "كل اضطراب نفسي مدرج في هذا الكتاب يصنّف على أنه أعراض نفسية أو سلوكية ذات مغزى سريري؛ حيث إنه يترافق مع تواجد محنة، أو عجز، أو مع ارتفاع ملحوظ في خطورة المعاناة من الموت، أو الألم، أو العجز، أو فقدان هام في الحرية". (DSM-IV 1994: xxi)

كما نجدهم في النسخة الأحدث يؤكدون على أنّ كل اضطراب نفسي يجب أن يكون عبارةً عن أعراض توصف كاضطراب بليغ سريرياً في إدراك الفرد، أو في انتظام مشاعره، أو سلوكه والذي ينعكس كاختلال وظيفي في العمليات النفسية، أو البيولوجية، أو التنموية المتضمنة في الوظائف العقلية. مضيفين أن الاضطرابات النفسية تكون مترافقة عادة مع محنة بليغة أو عجز في الأنشطة الاجتماعية، أو الوظيفية، أو أي أنشطة هامّة أخرى. (DSM-5 2013: 20)

هذه هي المحددات المعتمدة اليوم كي نقول عن حالة ما أنها تمثل اضطراباً نفسياً.

[27] رجل الكهف "مبتسماً": إنّ ذاكرتك هذه دوماً تبهرني يا لوسيل. ولا ننسى طبعاً أنّ هذه المعاناة يجب أن تؤثر سلباً على حياة الإنسان وأن تعيقه عن ممارسة حياته الطبيعية و(أو) تسبب خطراً عليه و(أو) على الآخرين. (أنظر Harrison 2018)

داني: نعم لقد قلت لي أن الاضطراب النفسي يجب أن يتضمّن معاناةً أو خطراً من نوع ما. وأعطيتني هذه القاعدة: لا يوجد اضطرابٌ نفسي جيدٌ، أو ممتعٌ، أو مفيدٌ للإنسان. لا شك أنّه تتفاوت خطورة هذه الاضطرابات ودرجات المعاناة التي تنتج عنها، لكن لا بدّ لها جميعاً من أن تتضمن آثاراً سلبيةً على

الفرد من وجهة نظر الفرد ككائن بيولوجي؛ سلامة هذا الكائن البيولوجي ورخاءه هو ما قصدته.

[28] لوسيل: ولقد أخبرتني أنّه من الممكن ألا يعرف الفرد نفسه أن لديه اضطراباً نفسياً يسبب له الأذى كمن لديه هلوساتٌ أو أوهامٌ لأن تعريف هذين الاثنين يقتضي بالضرورة أن يعتقد الفرد أنّ ما ينتج عنهما حقائق. وإنّ من يعاني من نوبة هوس على سبيل المثال لا يقدّر أنّه بحاجة ماسة إلى العلاج فهو غير مدرك أساساً أنه يقوم بتصرفات قد تؤذيه أو تؤذي غيره.

داني "مقاطعا بحماس": وإنه في حالات كهذه التي ذكرتها لوسيل -على سبيل المثال لا الحصر- فإن الفرد لا يستطيع أن يقرّر أنه بحاجة إلى طلب المساعدة لأنه غير مدرك لوجود خطبٍ ما لديه، على أنّ هذا لا ينفي أنه يجب على المحيطين به طلب العلاج له دون انتظار موافقته.

[29] رجل الكهف "مقاطعا": لكن تذكّر أني أقبل قولك هذا على مضض دون الخوض الآن في الجدل الجاري حول هذا الأمر في فلسفة الأخلاق الطبية.

داني: كم أنا متشوقٌ لسماع رأيك الخاص في هذا الموضوع.

لوسيل "مازحة": أرجوك يا داني لا تضغط هذا الزر فإننا لن نتكلم عن الاكتئاب اليوم إن بدأ رجل الكهف بالتفلسف.

داني "ضاحكا": معك حق يا لوسيل.

[30] لوسيل: لقد شرحت لداني أيضاً أنه لا يجوز أن يقوم المجتمع باعتبار أي سلوك منحرف جنسياً كان، أو دينياً، أو حتى سياساً، والذي قد ينتج عنه صراع بين الفرد والمجتمع، على أنّه اضطراب نفسي (DSM-5 2013: 20). كما إنّك ذكرتنا أنّ هذه لعبة يلعبها ثواليث القمع كثيراً بيدَ أنها هراء محض (رجل الكهف 2018: §33-92). وأخبرتنا أنّه ما لم يكن هذا الانحراف أو الصراع

دافيد رجل الكهف

نتيجة اختلال وظيفي لدى الفرد فإنّ القول بأنّ هذا أو ذاك لديه اضطرابٌ نفسي لمجرد كونه مختلفاً، بأي شكلٍ كان، عما يعتبره المجتمع سلوكاً سليماً هو مجرد كلام جُهّال لا أكثر. ومن هنا تنبع أهمية المراجع التي تحدّد تشخيصات للاضطرابات النفسية: كي لا يكون الأمر مجرد أهواء أو آراء شخصية. (أنظر Tseng 2003 وBuhugra 2018)

دافي "مقاطعاً": إنّ هناك علاقةً بين المحددات المجتمعية وبين الاضطرابات النفسية (أنظر Kirmayer 2017). فقبل أن نحدّد أنّ شخصاً ما لديه اضطرابٌ نفسي، علينا أن ننظر إلى المحددات المجتمعية ذات الصلة بهذا الاضطراب. وبالتالي، فإن أي استجابة مقبولة مجتمعياً عند حدوث خسارة ما أو مؤثرٍ ما لا تعتبر اضطراباً نفسياً طالما كانت متوقعة من الأشخاص في هذا المجتمع في مثل هذه الظروف؛ كالحزن على وفاة شخص عزيز مثلاً وما يقوم به الفرد في مثل هذه الحالات. (DSM-5 2013: 20) و (DSM-IV 1994: xxi)

[31] لوسيل "بحماسها الطفولي": إنني أذكر المثال الذي قلته لنا على هذا. إنه طقس السّتي الهندوسي القديم، حيث كان يتوجب على المرأة أن تقتل نفسها بعد وفاة زوجها.

دافي "مقاطعاً": وفي مجتمعات أخرى عليها أن تبقى في عويلٍ ونحيب ممتنعةً عن القيام بأي شيء مدةً من الزمن. فطالما كان الفرد يتصرف بما توجبه عليه العادات أو الأعراف أو الواجبات الدينية فلا يعتبر سلوكه هذا ناجماً عن اضطراب نفسي حتى ولو كانت هذه التصرفات مدرجةً كأعراض لأحد الاضطرابات النفسية. (أنظر Lewis-Fernandez 2016)

[32] لوسيل: وإذا تساءل الشخص فيما هل يتوجب عليه زيارة أخصائي نفسي أم لا، فليذهب! لأنه على الأغلب بحاجة لذلك.

داني: إنّ مجرد الذهاب إلى أخصائي نفسي لا يعني بالضرورة أن الشخص يعاني من اضطراب نفسي. جميع الناس يمرّون بفترات سيئة في حياتهم أو فترات يكونون فيها بحاجة إلى دعم أو مساعدة. لذا، فإن الذهاب إلى المعالج غالباً ما يكون مفيداً.

[33] لوسيل "مغيظة": وإنّ مجرّد شعورك بأن لديك خطباً ما، يا داني، لا يعني بالضرورة أنّك ستحصل على تشخيص باضطرابٍ نفسي. وإن حصلت على تشخيص بأحد الاضطرابات النفسية، فإن هذا لا يعادل الحاجة إلى العلاج.

داني "باستخفاف": بالطبع أعرف. هذا لأنّ الحاجة إلى العلاج هو قرارٌ سريري معقد يأخذ بعين الاعتبار شدّة الأعراض، مثل وجود أفكار انتحارية، ومحنة المريض، وشدة ألمه النفسي، والعجز المرتبط بالأعراض التي لدى المريض، والمخاطر والفوائد المرجوة من العلاج المتاح حالياً، كما وعوامل أخرى كالأعراض النفسية المعقدة لمرض آخر.

وبالتالي، فالأطباء قد يواجهون أفراداً لديهم أعراضٌ لا تطابق المعايير الكاملة لاضطراب نفسي ما لكن تبدو عليهم الحاجة الواضحة للعلاج أو الرعاية. وعليه، فإن حقيقة أنّ بعض الأشخاص لا تظهر عليهم جميع الأعراض الدّالة على التشخيص لا يجب أن يُستخدم كمسوغٍ لتبرير الحدّ من حصولهم على الرعاية المناسبة. (DSM-5 2013: 20)

[34] لوسيل: ولقد أخبرتنا أنّه ليس من النادر أن يقول شخص ما "أنا ثنائي القطب" بدل أن يقول "أنا لدي اضطراب ثنائي القطب" على سبيل المثال.

رجل الكهف: على أنّه من وجهة نظرٍ أكاديمية هذا النوع من التصنيف غير محبّذ يا لوسيل. فكما أنّه لا يجوز أن نقول عن شخص ما أنه سرطان أو أنه سكري، بل نقول "شخصٌ مصابٌ بالسرطان أو بالسكري"، فبالمثل يجب أن نقول "شخصٌ مصابٌ بالفصام" لا "شخص منفصم"، ويجب أن نقول "شخصٌ

دالفيد رجل الكهف

مصابٌ بالاكتئاب الحاد أو الاكتئاب المستمر" لا "شخص مكتئب". (-DSM IV 1994: xxii)

لوسيل: فهمت فكرتك، إنّها منطقية.

[35] رجل الكهف: ليست منطقيةً فحسب، بل إنّها تحترم شعور المرضى. فمع أنني لا أمانع هذا عندما يتعلق بي، إلا أنّه لا يمكنني توقع أنّ الأخرين يشاركونني عدم الممانعة هذه. لذا فالحيطة والاحترام هو ما أفضله.

دالي: لكنك أشرت إلى أنّ هذه ليست قاعدةً صارمة، فبعض الأكاديميين لا يلتزمون بها. وأعطيتنا مثلاً (Beck 2016) الذي يطلق اسم اضطراب الشخصية على صاحبه، فيقول على سبيل المثال: "الشخصيات النرجسية" عوضاً عن "الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية النرجسية" أو على الأقل: "ذوي الشخصيات النرجسية".

[36] رجل الكهف: هذا صحيح، وبالطبع ليس بيك وحده من يفعل هذا، لكنني أخبرتك بوجهة نظري، ولا يعنيني ما يفعله غيري.

لوسيل: لقد أخبرتنا أنه يستحيل القيام بإحصائية عالمية كي نعرف عدد المصابين باضطرابات نفسية، وهذا يرجع لعدة أسباب، فمعظم الناس حول العالم ما يزال لديهم جهلٌ كبيرٌ في الثقافة النفسية، حيث نجد أن جميع ما نعتبره اليوم اضطرابات نفسية لديه مقابلاتٌ خرافية في كل ثقافة. وبالتالي، فإن معظم الناس حتى اليوم لا يزالون يلجؤون الى المشعوذين، على اختلاف أنواعهم، طلباً للعلاج بدل لجوئهم إلى المعالجين النفسيين. (رجل الكهف 2018: 3449 وانظر رجل الكهف 2020: الباب الثامن والعشرون)

[37] كما إن أكثر الناس المصابين باضطرابات نفسية لا يعرفون أنهم مصابون بها، وخاصة إذا كانت مرافقة لهم منذ الطفولة، وبشكل أكثر خصوصية إذا كان آخرون في أسرهم يعانون من أعراض مشابهة، فينشأ الفرد معتقداً أنه لا

مشكلة لديه بل هو طابعٌ خاص لا أكثر، كاضطرابات الشخصية، واضطرابات المزاج على سبيل المثال.

إضافةً إلى أنّ بعض الاضطرابات التي تشتمل على نوبات، كثنائي القطب مثلاً، قد تكون نوباتها متباعدة جداً لدرجة أن الفرد قد لا يربط بينها بل يعتقد أن مزاجه في هذه الحالة أو تلك ناجمٌ عن سبب بيني ما وليس لأنه مصابٌ باضطراب نفسي.

38] ناهيك عن أنّ بعض الاضطرابات تجعل الفرد نفسه محجماً عن طلب العلاج؛ فليس من النادر أن يصل شخصٌ مصابٌ باكتئاب حاد إلى الانتحار دون أن يفكّر مجرد تفكيرٍ بطلب المساعدة: هذا لأن الاكتئاب نفسه قد أفقده أي أملٍ في إمكانية الحصول على حياة تستحق أن تُعاش. (أنظر Hunt 2009)

وبالإضافة لهذا، فإنّ معظم الناس يشعرون بالخجل من طلب المساعدة النفسية، وغالبيتهم لا ثقة لهم بالمعالجين والأطباء النفسيين، وقسمٌ كبيرٌ منهم يجد صعوبة أساساً في تقبّل فكرة أن يجلسَ مع شخصٍ آخر ويفتح قلبه له (أنظر Segall 1990).

39] داني: ولا تنسى أن تكاليف العلاج النفسي مرتفعة في معظم دول العالم وأحياناً لا يغطيها التأمين الطبي.

لوسيل "مغيظة": أنت لا يهمك سوى المال يا داني.

رجل الكهف: دعونا نركّز فأمامنا حوار أعتقد أنّه لا يقل طولاً عن سابقه.

لوسيل "بخجل": المعذرة.

40] داني "بانتصار": لقد أشار المعهد الوطني للصحة النفسية في أمريكا إلى أنّ ربع سكان أمريكا قد تم تشخيصهم بأحد الاضطرابات النفسية. وهذا رقمٌ مرعب إذا أخذنا بعين الاعتبار ما ذكرناه سابقاً من معوقات لطلب العلاج، وبالتالي معوقات لمعرفة عدد المرضى الحقيقي، فإنّ هذا يعني بالضرورة أن أكثر من

دافيد رجل الكهف
ربع السكان عملياً مصابون باضطرابات نفسية يمكن تشخيصها وعلاجها.
(انظر Grant 2004)
وإذا أردنا تعميم هذه النسبة على باقي دول العالم فنحن نتكلم عن أن أكثر من ربع سكان العالم حتماً مصابون باضطراب نفسي ما!

[41] لوسيل: هذا صحيح، وإنّ تسعة من كل عشرة منتحرين كان لديهم اضطراب نفسي يمكن علاجه. لكنهم ببساطة لم يلجئوا لطلب العلاج.

داني: وإذا أخذنا التقديرات والإحصائيات بعين الاعتبار فإننا سنجد أنفسنا أمام حقيقة مرعبة وهي أنه في كل بناء، وفي كلّ شركة، وفي كلّ معمل، بل وفي كلّ حافلة هناك أشخاصٌ مصابون باضطرابات نفسية.

[42] رجل الكهف: إنّ منظمة الصحة العالمية تؤيد كلامكما بأنّ واحداً من كل أربعة أشخاص في العالم سيتأثر باضطراب نفسي أو عصبي في حياته. (World Health Organization 2001) وبالتالي، يا داني، إن لم تكن أنت هذا الشخص، فإنك بالضرورة تعرفه، إحصائياً على الأقل. ذكّرني في وقت لاحق بأن أزوّدك بدراسات وإحصائيات واستبيانات، فلديّ الكثير منها، ولا أرغب في الشطط عن موضوعنا الأساسي، فأمامنا الكثير لنتحدث عنه اليوم حول الاضطرابات الاكتئابية. (انظر رجل الكهف 2020: الباب الثامن والعشرون)

داني "بسرور": سأفعل.

[43] لوسيل "بدهشة": هل قلت اضطرابات اكتئابية؟ أليس الاكتئاب هو اكتئاب واحد؟

رجل الكهف: كلا عزيزتي، الأمر أعقدُ ممّا تعتقدين.

الباب الثاني

ما هو الاكتئاب؟

Depression

[44] داني: إذن أخبرني الآن لماذا قلت لنا إنّ الاكتئاب هو من ضمن أكثر ثلاث مسببات للمرض، والعجز، والوفاة المبكرة للفئة العمرية 15-44 سنة؟ (275-276 :2014 Barlow)

رجل الكهف: إذا أردت تعريف الاكتئاب بدقة واختصار فإنّي سأقول لك أنّ الاكتئاب يا صاحبي هو عدم القدرة على الشعور بالسعادة. تخيّل نفسك لست غير سعيد فحسب، بل غير قادرٍ على الشعور بالسعادة، وغير قادرٍ على الشعور بالاهتمام نحو أي شيء في الحياة، بل غير قادر أيضاً على استبصار أي أمل فيها. إنّ الاكتئاب هو ذلك اليقين بأن النور الذي في آخر النفق هو قطار قادم. ليس مجرد الظن بهذا، بل اليقين المطلق به. كيف يمكنني أن أصف لكما شعور المصاب بالاكتئاب؟ حسناً، إن أفضل طريقة كي تفهما ما هو الاكتئاب هي بأن تسمعا ما قاله عنه أولئك الذين عاشوه.

[45] لوسيل "باهتمام": هذا جيد.

رجل الكهف: قال لي يوماً أحد المصابين بالاكتئاب: "لا أدري أين ذهبت كل تلك الألوان والروائح التي كانت تميز كل مشهد في هذه الحياة. كل المشاهد أصبحت باهتة وعناصرها متداخلة بعضها ببعض بطريقة رديئة من شأنها جعل أكثر المناظر الطبيعية سلباً للألباب قذرةً، وبشعةً، وتافهةً، وفارغة، وموحشة، بل ومثيرةً للاشمئزاز أيضا.

[46] لقد فقدت الاهتمام بأيّ شيء. لا يوجد في هذا الكون ما يثير اهتمامي بعد الآن. أنا غير قادر على الشعور بالسعادة. لا يمكن لأيّ شيء إسعادي. لقد جربت كلّ شيء دون نتيجة، والآن، انعدم أملي بالمستقبل. لا أستطيع تحمل أي أمرٍ من شأنه أن يسعدني. أنا الآن موقن يقيناً لا ريب فيه أنّ السعادة لم تكتب لي. ولقد تقبلت الأمر صاغرا؛ فلا قدرة لي على تغييره.

إنّ أبسط المهام والأنشطة باتت بالنسبة لي لا تقلّ عبئا وصعوبة عن نقل جبال الهيمالايا إلى فرنسا، بل إنّ مجرد البقاء على قيد الحياة أصبح عبئا لا يحتمل. هل تفهمني؟ إنّ صوت أنفاسي لا يقلّ إزعاجاً لي عن صوت عقرب الثواني وهو يقرع في ساعة حائطية كبيرة وأنا أحاول النوم في غرفة هادئة معتمة.

[47] كلّ صباح أبدأ معركة جديدة للنهوض من السرير، وكلّ ليلة أبدأ معركة جديدة لكي أطفأ دماغي وأنام، ولا أغفى إلا وأنا أتخيل رصاصة تخترق جمجمتي لتساعدني على التلاشي.. التلاشي هو الشيء الوحيد الذي أنا موقنٌ أنه سيسعدني."

لوسيل "بدهشة ": إن صاحبك يبالغ!

[48] رجل الكهف: إذا أخبرتك أنه قد انتحر لاحقاً، وبنفس هذه الطريقة التي حلم بها لسنوات، فستتأكدين بأنه لم يكن يبالغ، بل إنّ ما كان يعيقه عن جعل هذا الحلم حقيقةً هو عدم حصوله على السلاح الناري. فما إن تمكن من

الحصول عليه حتى حقق حلمه.

لوسيل "بذعر": ماذا تقول!

[49] رجل الكهف: نعم، أنا أعي ما أقول! بل إنّه ليس الوحيد الذي قال لي شيئاً من هذا القبيل. لا يمكنني أن أنسى، على سبيل المثال، ما قاله لي شخص آخر مصاب بالاكتئاب: "أنا مكتئبٌ منذ الأزل. في كلّ سنة تمر علي، أعزي اكتئابي إلى شيء ما. أعتقد أنّني إن غيرت هذا أو ذاك في حياتي، فإني سأتخلص من الاكتئاب. كما أنّني دائما ما أضع أهدافاً لنفسي والتي أتخيل أنني إن حققتها فسأصبح شخصاً سعيدًا.

لقد مرت السنوات بسرعة، وظروفي قد تغيرت مراراً وتكراراً، وحققت كل الأهداف التي سعيت من أجلها، لكنني في المقابل قد أصبحت أكثر اكتئاباً من السابق. أنا الآن قد نسيت كيف أبتسم. نسيت كيف يكون شعور السعادة. لم أعد أستطيع أن أفكر في أي شيء يمكنه إسعادي. لا يوجد شيء سيغير كآبتي على الإطلاق. الموسيقى لم تعد تعني لي شيئا. الفتيات المثيرات لا يستطعن حتى لفت انتباهي. بل إني أصبحت أشمئز من مجرد التفكير في ممارسة الجنس.

أنا لا أنام جيداً على الإطلاق. لا أشعر بأي مرح على الإطلاق. حتى المشروبات الكحولية لم تعد تسكرني. ليس معي أحدٌ في هذه الحياة، ولا أرغب في أن يكون معي أحد. كلما عشت سنوات أكثر، كلما ماتت روحي أكثر. لم يتحسن الوضع على الإطلاق على مر السنين، بل إنه فقط يزداد سوءا. كيف يمكنني أن أصف الأمر لك؟ إنني أنحدر في هاوية على مر السنوات وكل محاولاتي لكبح سقوطي هذا بائت بالفشل. أنا بدأت أموت منذ أن ولدت. أنا لم أعش حياةً قط. أنا عشت الموت فحسب. لكن من يعلم؟ ربما ما عشته هو الحياة في واقعها بدون أي مخدرات من تلك التي يتعاطاها الجميع. أنام

دافيد رجل الكهف

أصدق أمنية تمنيتها في كلّ ليلة على أمل ألا أستيقظ. أقسم أن هذه هي أصدق أمنية تمنيتها في حياتي، لكنها لم تتحقق بعد، وجلّ ما آمله، هو ألا أنظر طويلاً بعد الآن. كفاني انتظارا."

[50] داني "بحزن": كيف يمكن لهذا أن يحدث!

رجل الكهف: استمعا مثلاً إلى عباس محمود العقاد وهو يقول: "تجمّعت المتاعب دفعة واحدة. وبدا لي كأنني مريضٌ بكل داء معروف وغير معروف... وتملكتني فكرة الموت العاجل فادهشني أنني لم أجد في قرارة وجداني فزعاً من هذه الفكرة، وكدت أقول لنفسي: إنّني أطلبها ولا أنفر منها! وأخالُ أن صدمة اليأس كانت أشدّ على عزيمتي من صدمة المرض، أو على الأصح من صدمة الإعياء. وأشدّ ما أصابني من هذا اليأس أنه كان يأساً من جميع الآمال، ولم يكن يأساً من أملٍ واحد. كان يأساً من معنى الحياة، ومن كل غايةٍ في الحياة... هو الموت إذن كما استقر في خلدي بلا أثرٍ ولا خبر. وهو الموت إذن أمضي إليه صفر اليدين من مجد الأدب ومجد الدنيا، ومن كل مجد يبقى بعد ذويه." (العقاد 2013: 68)

[51] لوسيل "بعيون دامعة": هذا مريع!

رجل الكهف: وإليكما ما قاله ليو تولستوي عن تجربته مع الاكتئاب: "حياتي وصلت إلى مرحلة الجمود. كنت أستطيع التنفس والأكل والشرب والنوم، لكن لم يكن لدي حياة؛ لأنه لم يكن لدي الرغبة في تحقيق ما كنت أعتبره أموراً معقولة. إذا اشتهيت أمراً ما، كنت أعلم مسبقاً أنه سواءٌ قمت بإشباع تلك الرغبة أم لا فلن أستفيد شيئا من ذلك. لو أتاني جنيٌ وعرض عليّ إشباع رغباتي لما عرفت ما الذي سأسله. لو أني في لحظات السكر شعرت بشيء ما، رغم أنه ليس أمنيةٌ، فإن ذلك هو بقية من آمال سابقة، لكن في لحظات صحوي كنت أعرف أن ذلك مجرد وهم وأنه في الواقع لا يوجد شيء كي آمل به في حقيقة

الأمر. لم أكن راغباً حتى في معرفة الحقيقة لأني كنت أخمن ما الذي تحتويه تلك الحقيقة. إنّ الحقيقة كانت أنّ الحياة بلا معنى. كان لديّ منها عندما عشتُ وعشتُ، مشيتُ ومشيتُ حتى وصلت إلى حرف هاوية وشاهدت بوضوح أنه لا يوجد شيء أمامي سوى الدمار. كان من المستحيل عليّ الوقوف، ومستحيل الرجوع، ومستحيل أن أغمض عينيّ لأتجنب رؤية أنه لا يوجد شيء أمامي سوى المعاناة والموت المحقق؛ الإبادة الجماعية.

[52] لقد وصلت إلى نتيجة: وهي أنّني رجلٌ محظوظ وبصحة جيدة، لكن بنفس الوقت شعرت أنّه لا يمكنني البقاء على قيد الحياة لمدة أطول. قوةٌ لا يمكن مقاومتها كانت تحثني على التخلص من نفسي بطريقة أو بأخرى. لا يمكنني القول إنني تمنيت أن أقتل نفسي. القوة التي أبعدتني عن الحياة كانت أقوى وأكثر امتلاءً وأوسع انتشاراً من أي رغبة أخرى. كانت شبيهة بسعيي السابق نحو الحياة، لكن تختلف عنها فقط في أنها في الاتجاه المعاكس. كل قواي كانت تأخذني بعيداً عن الحياة. أفكار التدمير الذاتي تأتيني الآن بشكلٍ طبيعي تماماً كما كانت تأتيني أفكار تطوير حياتي مسبقا. وكان من المغري أن أكون ماكراً مع نفسي كي لا أحملها على تنفيذ ذلك بسرعة. لم أرغب بالاستعجال لأنني رغبت في استخدام كل الجهود في تحليل المسألة؛ إذا لم أتمكن من كشف الأمر سيكون هناك دائما وقت لذلك... إنني أخفي عن نفسي سلكاً خشية أن أشنق نفسي في غرفتي التي أبدّل فيها ثيابي وحيداً كل مساء، وتوقفت عن إطلاق النار بالبندقية خشية أن أقع في إغراء أنّها طريقة سهلة لإنهاء حياتي. لم أكن أعرف أنا نفسي ما ا الذي كنت أريده. كنت أخاف من الحياة، راغبٌ في الهروب منها، لكنني كنت آمل منها شيئاً ما.

كل هذا حصل معي في وقت كان كل شيء حولي يعتبر حظاً جيداً بشكل كامل. لم أكن قد بلغت الخمسين من العمر بعد، وكان لي زوجة جيدة..."

(29-27 :1985 Tolstoy)

دافيد رجل الكهف

[53] وهناك أمثلة أكثر من أن تحصى يا لوسيل. خذي مثلاً ما قاله آرثر شوبنهاور من أنه: "بالنسبة لجميع البشر الحياة تتأرجح إلى الخلف وإلى الأمام بين الألم والملل." (405 :1909 Schopenhauer)

إذا سمع أخصائي نفسي هؤلاء الأشخاص يقولون هذا الكلام فهو حتماً سيعطيهم تشخيصاً بالإصابة بأحد الاضطرابات الاكتئابية.

[54] داني "باهتمام": لقد لاحظت من كلام ليو تولستوي أنّه لا يوجد مسبب يدعوه للاكتئاب، فلماذا أصابه إذن؟

رجل الكهف: إن الاكتئاب الناتج عن فاجعة ما يسمى *اكتئاب استجابي* *Reactive Depression* لأنه استجابة من قبل الجهاز النفسي لمثير ما، وهذا طبيعي. وغالباً ما يعود الشخص إلى ممارسة حياته المعتادة بعد بضعة أيام. لكن إن استمر هذا الاكتئاب لمدة تزيد عن أسبوعين يسمى اكتئاباً عصابيا.

[55] داني "مقاطعا": وماذا إذا حصل الاكتئاب دون وجود أسباب واضحة؟

رجل الكهف: هذا يسمّى اكتئاباً داخليا Endogenous Depression وهو أشد خطراً من الاكتئاب الاستجابي. (إبراهيم 1998: 17-18) فبما أنه لا يوجد مسببٌ واضحٌ للاكتئاب فربما قد أقفل المريض على نفسه وجلس ينبش الماضي في لاوعيه. لذا، لن تجد مسبباً ظاهرياً لهذا الاكتئاب، بل إنّ المريض نفسه لا يعرف سبب اكتئابه. والنماذج التي أشرت إليها كلها لديها هذا النمط من الاكتئاب.

[56] لوسيل: كنت أعتقد أن الاكتئاب هو دائماً نتيجة فاجعة ما.

رجل الكهف: يا عزيزتي، يجب أن تولي عناية خاصة لتحديد الحزن الطبيعي والغم من نوبة اكتئاب حاد. نعم، قد تسبب فاجعة ما معاناة كبيرة لكنها لا تسبب عادة نوبة اكتئاب حاد. عندما يحدث الاثنان معاً، فإن أعراض الاكتئاب

والتدهور الوظيفي تميل إلى أن تكون أكثر حدة. وبالتالي، هي أسوأ مقارنة بالفاجعة التي هي ليست مقترنة مع اكتئاب حاد.

وعليك أن تعرفي أيضاً أن الاكتئاب المرتبط بالفاجعة يميل لأن يصيب أولئك الذين لديهم قابلية للإصابة بالاكتئاب. وفي هذه الحالة، فإن الشفاء قد يتم تسهيله بواسطة العلاج بمضادات الاكتئاب. (DSM-5 2013: 155)

[57] داني "مقاطعا": رويدك يا رجل الكهف، لقد فتحت في ذهني حتى الآن كثيراً من الأسئلة. مبدئياً، كيف أميّز الحزن العادي عن الاكتئاب الحقيقي؟

رجل الكهف: سؤالٌ ممتاز، لأن معظم الناس يطلقون مسمّى الاكتئاب على ما هو في الحقيقة لا يعتبر اكتئاباً سريريا. إن هذا الحزن الذي يختبره أحدهم عند حصول كارثة ما في حياته ليس هو الاكتئاب الذي أتحدث أنا عنه.

إنّ الاكتئاب الذي أقصده أنا يكون أكثر حدة، ويستمر لفترات طويلة - أكثر من أسبوعين في معظم أنواع الاضطرابات الاكتئابية- ويعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، كما أنّ الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة أو مميزة بالشكل الذي نراه عند غالبية الناس كما أشرت لكما قبل قليل. (ابراهيم 1998: 17)

[58] داني: وكأني أفهم منك أن هناك أنواعاً مختلفة للاكتئاب؟

رجل الكهف: بالتأكيد، فالاضطرابات الاكتئابية متنوعةٌ جدا. بيدَ أنّ الأعراض المشتركة لكل هذه الأنواع هي وجود حزنٍ، أو فراغٍ، أو سرعة الغضب، مترافقة مع تغيرات جسدية وإدراكية تؤثر بشكلٍ صارخ على قدرة الفرد على أداء وظائفه. وما يختلف بينهم هو أمر المدة، أو التوقيت، أو ما يقرّه علم أسباب الأمراض. وبشكل عام، يعتبر اضطراب الاكتئاب الحاد الحالة الكلاسيكية لهذه المجموعة من الاضطرابات النفسية. (DSM-5 2013: 155)

[59] لوسيل "مقاطعة": لم تتّضح لي الصورة في التفرقة بين الحزن والاكتئاب الحاد

دافيد رجل الكهف
حتى الآن. هب أنّ عزيزاً لي قد توفي وأنا الآن في حالة حزنٍ شديد جدا. كيف لي أن أعرف إن كنتُ مكتئبة سريرياً أم لا؟

رجل الكهف: في هذه الحالة، فإنّه من المفيد كي نفرق بين الحزن ونوبة اكتئاب حاد أن نعتبر أنه في الحزن يسود الشعور بالفراغ والفقدان، بينما في نوبة الاكتئاب الحاد نجد مزاجاً مكتئباً مستمراً مترافقاً مع عدم القدرة على توقع السعادة أو المتعة.

[60] في حالة الحزن يجنح الانزعاج عادةً إلى الانخفاض بمرور الأيام أو بمرور بضعة أسابيع على أقصى تقدير. وخلال هذه المدة، تحصل موجات -يمكننا تسميتها بموجات آلام الحزن- تكون مترافقة مع أفكار أو ذكريات تتعلق بالشخص المتوفى. بينما المزاج المكتئب في نوبة الاكتئاب الحاد يكون أكثر استمرارية بدل أن يكون على شكل موجات -كما هو الحال في حالة الحزن- كما إنه، على عكسها، يكون غير مرتبط بأفكار محددة أو انهماك بالتفكير في حادثة الوفاة.

وبالمناسبة، فإن الألم المرافق للحزن قد يترافق مع مشاعر إيجابية أو روح دعابة، لكن هذين الأمرين لا يرافقان التعاسة التي يختبرها الإنسان في نوبة الاكتئاب الحاد. أما بالنسبة للأفكار المرافقة للحزن فهي عادة ما تكون انهماكاً في التفكير بذكرياتٍ مع الفقيد وأفكارٍ عنه، بينما في نوبة الاكتئاب الحاد فإنها تكون على شكل نقد ذاتي مع تأملاتٍ تشاؤمية.

[61] كما إنّ التقدير الذاتي للإنسان لا يتأثر في حالات الحزن. أما في نوبات الاكتئاب الحاد، فيشيع ليس فقط الشعور بانعدام القيمة، بل والاشمئزاز من الذات أيضا. على أي حال، إذا وجِدَت أفكار تحقيرٍ ذاتي في حالة الحزن فإنها تكون بسبب أن الإنسان يلوم نفسه على تقصير ما، كأن يلوم نفسه لأنه لم يزر المتوفى مؤخراً، أو لم يتكلم معه منذ مدة، أو شيئاً من هذا القبيل. وإذا فكر المثكول بالموت، فغالباً ما يكون ذلك متمحوراً حول الفقيد، وربما حول

الالتحاق بالفقيد. بينما يكون التفكير بالموت في نوبة اكتئاب حادٍ متمحوراً حول إنهاء حياة الشخص نفسه لأنه يشعر بانعدام القيمة، وانعدام الأمل، وأنه لا يستحق الحياة، أو لأنه غير قادرٍ على تحمل آلام الاكتئاب أكثر من ذلك. هل هذا الشرح كاف يا لوسيل؟ (DSM-5 2013: 161)

لوسيل "بابتسامة": نعم، كافٍ جداً.

الباب الثالث

الزملة الاكتئابية

Depressive Syndrome

[62] دلني: لقد أسهبت في توضيح الاكتئاب من وجهة نظر المصابين به، لكن ما هو الاكتئاب من وجهة نظر العلماء؟

رجل الكهف: من وجهة نظر العلماء، فإن الاكتئاب هو عبارة عن مجموعة من الأعراض المتزامنة التي يطلقون عليها اسم الزملة الاكتئابية. (ابراهيم 1998: 16) وهذه الأعراض هي:

1- مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتئب الذي يتجلى كشعورٍ بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون، قد يفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب.

2- نقصٌ ملحوظٌ في الاهتمام أو الاستمتاع في كل، أو تقريباً كل، النشاطات معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

3- نقصانٌ ملحوظٌ في الوزن دونما اتّباع حمية غذائية، أو زيادة في الوزن

دونما اتباع نظام غذائي من شأنه أن يفعل هذا. دعونا نقل إن الوزن قد تغير أكثر من خمسة بالمئة في غضون شهر واحد من دون نية لدى الشخص بإحداث هذا التغيير. أو أن يكون هناك زيادةٌ أو نقصانٌ في الشهية تقريباً كلّ يوم. وفي حالة الأطفال، فإن المعادل لهذا العرض هو ألا يحصل الطفل على زيادة الوزن المتوقعة التي يجب أن تترافق مع نموه.

4- أرقٌ أو فرطٌ في النوم تقريباً كل يوم.

5- هياجٌ نفسيٌ حركيٌ أو خمولٌ تقريباً كل يوم. ولا أعني هنا مجرد الشعور بالتباطؤ أو نفاذ الصبر الذين قد يشعر بهما الشخص نفسه.

6- التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.

7- مشاعر من انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملائم، والذي قد يكون وهماً، تقريباً كل يوم. ولا أعني هنا مجرد التأنيب الذاتي أو الشعور بالذنب لأن الشخص مريض.

8- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو حالة من تعاكس الأفكار، حيث لا يستطيع الإنسان حسم أمره لأنه يقرر الشيء وعكسه في نفس الوقت ويحتار بين البديلين، تقريباً كل يوم.

9- أفكارٌ متكررةٌ عن الموت، ولا أعني هنا الخوف من الموت، بل أعني أفكاراً انتحاريةً متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة فعلية للانتحار، أو رسم خطة محكمة للانتحار.

هذه يا صديقي هي ما يعتبر أعراضاً للاكتئاب، وعليك أن تكون متأكداً أن الأعراض التي يعاني منها الإنسان ليست نتيجة لحالة مرضية ما، أو نتيجة لتناول بعض الأدوية التي من شأنها أن تسبب بعض هذه الأعراض. (DSM-5 2013: 160-161)

لوسيل "بحماس": كي نفهمك أكثر، أعتقد أن عليك الآن أن تحدثنا ليس فقط عن نوبة الاكتئاب الحاد، بل عن اضطراب الاكتئاب الحاد ككل، لأنه، كما

ذكرت، يمثل الحالة الكلاسيكية للاضطرابات الاكتئابية.

الباب الرابع

نوبة الاكتئاب الحاد

Major Depressive Episode (MDE)

[63] رجل الكهف: إن نوبة الاكتئاب الحاد Major Depressive Episode، يا لوسيل، والتي تسمى اختصاراً MDE، هي عبارة عن تزامن خمسة أو أكثر من أعراض الزملة الاكتئابية لمدة *أسبوعين على الأقل*.

من بين هذه الأعراض الخمسة، يجب توافر إما واحد من هذين العرضين أو كليهما:

1- مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتئب الذي يتجلى كشعورٍ بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون، قد يفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب.

2- نقصٌ ملحوظٌ في الاهتمام أو الاستمتاع في كل، أو تقريباً كل، النشاطات معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

أما باقي الأعراض الأربعة فهي قد تكون أياً مما يلي:

- نقصانٌ ملحوظٌ في الوزن دونما اتّباع حمية غذائية، أو زيادةٌ في الوزن

دونما اتباع نظام غذائي من شأنه أن يفعل هذا. أو أن يكون هناك زيادة أو نقصان في الشهية تقريباً كل يوم. وفي حالة الأطفال، فإن المعادل لهذا العرض هو ألا يحصل الطفل على زيادة الوزن المتوقعة التي يجب أن تترافق مع نموه.

- أرقٌ أو فرطٌ في النوم تقريباً كل يوم.

- هياجٌ نفسيٌ حركي أو خمول تقريباً كل يوم. ولا أعني هنا مجرد الشعور بالتباطؤ، أو نفاذ الصبر الذين قد يشعر بهما الشخص نفسه.

- التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.

- مشاعرٌ من انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملائم، والذي قد يكون وهماً، تقريباً كل يوم.

- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو حالة من تعاكس الأفكار تقريباً كل يوم.

- أفكارٌ انتحاريةٌ متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة فعلية للانتحار، أو رسم خطة محكمة للانتحار.

[64] وكما تعرفان، يجب أن تسبب هذه الأعراض ضعفاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرهما من مجالات النشاط كي يتم اعتبارها نوبة اكتئاب حاد. كما يجب أن نكون متأكدين من أن النوبة ليست معزية إلى التأثيرات النفسية لتعاطي مادة ما، أو دواء ما أو أنها نتيجة لحالة طبية أخرى؛ فإن كانت كذلك، فهي ليست نوبة اكتئاب حاد. (DSM-5 :2013 :160-161)

الباب الخامس

اضطراب الاكتئاب الحاد

Major Depressive Disorder (MDD)

[65] داني: إذن، الشخص الذي يعيش نوبة اكتئاب حادٍ كما وصفتها الآن (أنظر الباب السابق) يعتبر مصاباً باضطراب الاكتئاب الحاد. أليس كذلك؟

رجل الكهف: إنّ اضطراب الاكتئاب الحاد، يا داني، هو عبارة عن نوبات اكتئاب حاد منفصلة لمدة أسبوعين على الأقل لكل نوبة منها، علماً أن معظم النوبات تدوم لوقت أطول بكثير في الحقيقة. هذه النوبات تتضمن تغييرات جذرية في الشعور والإدراك كما وفي وظائف الجهاز العصبي الادراكي أيضاً مع سكون بين النوبات. (DSM-5 2013: 155)

يمكن تشخيص الاكتئاب الحاد بناءً على نوبة واحدة، على الرغم من أنّ الاضطراب يتضمن تكراراً للنوبات في معظم الحالات. كما أنّه من المهم جداً قبل أن نستصدر تشخيصاً بالإصابة باضطراب الاكتئاب الحاد أن نتأكد أنّه لم تكن هناك أبداً أي نوبة هوسٍ أو نوبةِ تحت هوسية، فنوبات كهذه ستغير التشخيص إلى اضطراب ثنائي القطب، إلا إذا كانت النوبات التي تشبه الهوس

أو تحت الهوس هي نتيجةٌ مباشرةٌ لتعاطي مادة ما أو كانت نتيجة للتأثيرات النفسية لحالة ما؛ ففي هذه الحالة لا تُعتبر نوبات هوسٍ أو تحت هوسيَةً حقيقية.

[66] لوسيل "بتعجب": وماهي نوبات الهوس والنوبات تحت الهوسية هذه؟

رجل الكهف: هذا سينقلنا إلى اضطراب ثنائي القطب، فدعينا ننهي حديثنا عن الاضطرابات الاكتئابية أولاً ثم ننتقل إلى اضطراب ثنائي القطب. على أي حال، يمكنني أن أقول لك الآن باختصار أنهما الحالتان المعاكستان تماماً للاكتئاب.

لوسيل: مع أنّ هذا واضحٌ نوعاً ما وليس بشكلٍ كافٍ. لكن, كما قلت, دعنا نركّز على الاكتئاب الآن.

[67] داني: وما هو معدل تكرار نوبات الاكتئاب الحاد؟

رجل الكهف: إن أكثر من نصفِ الأشخاصِ الذين قد عانوا من نوبةِ اكتئاب حادٍ واحدة سيعانون من نوبةٍ أخرى في غضون عشر سنوات، والذين عانوا من نوبتين فإن هناك احتمالاً بنسبة تسعين بالمئة أنهم سيعانون من واحدة ثالثة، والذين قد عانوا من ثلاث نوبات اكتئاب حاد أو أكثر فإن لديهم معدل تكرار لنوبات الاكتئاب الحاد يساوي أربعين بالمئة خلال خمسة عشر أسبوعاً من نهاية كل نوبة (Barlow 2014: 279).

داني "بذهول": هذا كثيرٌ جداً!

[68] لوسيل: أخبرني عن العامل الوراثي لاضطراب الاكتئاب الحاد.

رجل الكهف: ماذا تريدين أن أخبرك؟ إن أفراد العائلة من الدرجة الأولى لشخص لديه اضطراب الاكتئاب الحاد معرضون للإصابة باضطراب الاكتئاب الحاد بأكثر من ضعفين إلى أربعة أضعاف عموم الناس الآخرين. أما معدل

توريث الاضطراب فهو أربعون بالمئة.

لوسيل "بدهشة": أربعون بالمئة!

[69] داني: هل هناك رابطٌ بين أمراض معينة واضطراب الاكتئاب الحاد؟

رجل الكهف: بشـــكلٍ أســـاسي، جميع الاضـــطرابات غير المزاجية ترفع من احتمالية أن يطور المرء اضـــطراب الاكتئاب الحاد. الحالات الطبية المزمنة أو التي تشكل إعاقة للفرد ترفع من خطورة حصول نوبات اكتئابٍ حاد أيضا.

[70] ليس من النادر أن ترافق نوبات الاكتئاب الحاد بعض الأمراض الشائعة كالسكري، والسمنة المرضية، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وهذه النوبات تجنح إلى أن تصبح مزمنة أكثر مما هي عليه لدى الأشخاص سليمي الصحة.

بل إنّ الأعراض الاكتئابية قد تقف حجر عثرة في اكتشاف وتشخيص اضطرابات نفسية أخرى كاضطراب الشخصية الحدية، واضطراب القلق، واضطراب تعاطي المواد، وغيرها. وبالمناسبة، إنّ الشفاء من الأعراض الاكتئابية عادة ما يعتمد على أن يتم تشخيص وعلاج هذه الاضطرابات التي ترافقها.

[71] داني "مقاطعا": ماهي، إذن، الاضطرابات التي يشيع ترافقها مع اضطراب الاكتئاب الحاد؟

رجل الكهف: الاضطرابات المتعلقة بإساءة استخدام المواد، واضطراب الهلع، وفقدان الشهية العصبي، والشره المرضي العصبي، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

[72] لوسيل: أردت أن أسألك منذ مدّة، هل هناك أيّ رابط بين الثقافات المختلفة والإصابة باضطراب الاكتئاب الحاد؟

رجل الكهف: من جهة يمكنني القول إنّه لا يوجد ما يدلّ بشكل دقيق على وجود أيّ رابط بين ثقافات معينة وأعراض اكتئابية ما. أضف إلى هذا أنّ

النسبة بين الجنسين شبه ثابتة عبر الثقافات المختلفة. كما إنّ الأرق وفقدان الطاقة -العرضان الرابع والسادس من أعراض الزملة الاكتئابية- هما أكثر عرضين اكتئابيين يشتكي منهما الأشخاص حول العالم.

[73] لكن من جهة أخرى، فإنه يمكنني التأكيد على أن هناك تبايناً بين الثقافات المختلفة في نسبة التشخيص باضطراب الاكتئاب الحاد. فكما يمكنك التخمين، فإنّ هناك الكثير من الحالات التي لا يتم تشخيصها ولا علاجها في معظم الثقافات والمدن والقرى حول العالم. وإن فؤادي لينفطر كلما فكرت بهذا.

لوسيل "بعيون دامعة": إن هذا أمرٌ محزن جداً بكل تأكيد. أن يكون هناك أشخاص يعانون في اليد اليمنى، وأن يكون هناك إمكانية لإيقاف معاناتهم في اليد اليسرى، إلا أنّه لا إمكانية لجعل اليدين تلتقيان. لا يهمّ في أي مكان في العالم يعيش هؤلاء الأشخاص، إنهم بكل تأكيد أشخاصٌ يستحقون العلاج والشفاء وعيش حياة أقل ألماً، تماماً كأقرانهم الذين يخضعون للعلاج في دول العالم الأول.

[74] داني: أرجوكما أنتما الاثنان. لا نريد أن نجلس ونبكي الآن. إن لدي فضولاً لمعرفة هل للعمر أو الجنس تأثيرٌ في احتمالية الإصابة باضطراب الاكتئاب الحاد؟

رجل الكهف: الاكتئاب الحاد قد يصيب أي شخص في أي مرحلة عمرية، لكن الفئة العمرية 18-29 معرضون للإصابة به أكثر ثلاث مرات ممن هم تجاوزوا الستين من العمر. كما قد تصل أعداد النساء المشخصات باضطراب الاكتئاب الحاد إلى ثلاثة أضعاف عدد الرجال المصابين به. ومع أن خطر الإقدام على الانتحار هو أعلى عند النساء منه عند الرجال، إلا أن خطر إتمام الانتحار هو أعلى عند الرجال منه عند النساء.

[75] لوسيل: وماهي نسبة الذين ينتحرون بسبب هذا الاضطراب؟

رجل الكهف: قد تصل نسبة الأشخاص المصابين باضطراب الاكتئاب الحاد الذين ينهون حيواتهم بالانتحار إلى سبعة بالمئة. ومن بين جميع المنتحرين في العالم، فإن ثلثيهم يعانون من الاكتئاب الحاد لحظة انتحارهم.

[76] **لوسيل** "بدهشة": هذا مرعب!

رجل الكهف: لم نتكلم بعدُ عن أي أرقام مرعبةٍ حقاً يا لوسيل.

[77] **داني:** وماذا لو لم يكن الاكتئاب على شكل نوبات؟ ماذا لو كان مستمراً معظم الوقت؟

رجل الكهف: إذن، ربما لا يكون الشخص يعاني من اضطراب الاكتئاب الحاد؛ من الممكن أنه يعاني من اضطراب الاكتئاب المستمر.

داني: وماهي معايير تشخيص هذا الاضطراب؟

الباب السادس

اضطراب الاكتئاب المستمر

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

[78] رجل الكهف: معايير تشخيص اضطراب الاكتئاب المستمر هي كما يلي:

أولاً: أن يكون لدى الشخص مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم، لأيام أكثر من تلك التي لا يكون مزاجه فيها مكتئباً. ويجب أن يستمرّ هذا الحال لمدة لا تقلّ عن سنتين بالنسبة للبالغين.

أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فقد يكون المزاج سريع الغضب بدل أن يكون مزاجاً مكتئباً، ويكفيه أن يستمرّ لمدة سنة واحدة بدل السنتين.

ثانياً: في فترات الاكتئاب تلك، يجب أن تتواجد اثنتان أو أكثر من الأعراض التالية:

1. شهيةٌ منخفضةٌ أو إفراطٌ في الأكل.
2. أرقٌ أو إفراطٌ في النوم.
3. انخفاض الطاقة أو التعب.
4. تقديرٌ ذاتي منخفض.
5. تركيزٌ سيءٌ أو صعوبةٌ في اتخاذ القرارات.

6 شعورٌ بانعدام الأمل.

ثالثاً: خلال هاتين السنتين -أو السنة الواحدة في حالة الأطفال والمراهقين- بالإضافة إلى أنه يجب، كما قلت قبل قليل، أن يسيطر المزاج المكتئب على فترات أطول من تلك التي لا يكون المزاج فيها مكتئباً، فإنه يجب أيضاً ألا يمر شهران متواصلان يخلو الفرد فيهما من الأعراض التي ذكرتها لكما في أولاً وثانياً. (DSM-5 2013: 168-171)

[79] **لوسيل**: إذن إذا مرّ شهران ولم يعانِ فيهما الإنسان مما سبق، ينتفي عنه تشخيص اضطراب الاكتئاب المستمر.

رجل الكهف: هذا صحيح. وعندما تكون تلك الأعراض موجودة، يجب أن تسبب ضعفاً في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو غيرهما من مجالات النشاط. وعلينا أيضاً أن نتأكد أنه لم تكن هناك قط أي نوبة هوس أو نوبة تحت هوسية، فهذا من شأنه تغيير التشخيص إلى اضطراب ثنائي القطب، إلا إذا كانت النوبات التي تشبه الهوس أو تحت الهوس هي نتيجةٌ مباشرة لتعاطي مادة ما أو كانت نتيجةٌ للتأثيرات النفسية لحالة ما؛ ففي هذه الحالة لا تُعتبر نوبات هوس أو تحت هوسية حقيقية، تماماً كما أشرتُ في اضطراب الاكتئاب الحاد.

[80] **دلفي**: بما أنك ذكرت الاكتئاب الحاد، لقد لاحظت أن معايير الاكتئاب المستمر تشتمل على أعراض أقل من تلك التي لدى الاكتئاب الحاد.

رجل الكهف: يجب أن تميز بين الاضطرابين؛ فنوبة الاكتئاب الحاد تشتمل على أشدّ الأعراض الاكتئابية وأكثرها خطورة، والتي قد توصل إلى الانتحار، بينما أعراض الاكتئاب المستمر تكون أقل حدةً لكنها أكثر ديمومة. وبالمناسبة، فإن استمرار أعراض الاكتئاب الحاد لمدة سنتين قد يُؤدي إلى التشخيص بالاكتئاب المستمر. لكن تذكر أنه لا يمكن لتشخيص الاكتئاب المستمر أن يحتوي على

كل معايير تشخيص الاكتئاب الحاد.

[81] داني "باهتمام": ماذا تقصد.

رجل الكهف: أعني أنه لو حصل خلال هاتين السنتين أن طابق الشخص جميع معايير نوبة الاكتئاب الحاد فيجب أن يشخص باضطراب الاكتئاب الحاد.

[82] داني: في هذه الحالة، يكون لدينا شخص لديه اكتئاب حاد لكن نوباته طويلة جداً ومسيطرة على معظم أيامه.

رجل الكهف: هذا صحيح. وبالمناسبة، إذا تطوّرت الأعراض إلى مستوى نوبة اكتئاب حاد، فإنها غالباً ما تعاود الانخفاض بعد مدة إلى مستويات أقل تخرجها من مستوى نوبة اكتئاب حاد. كما أنّه إذا قمنا بتحديد فترة معينة من الوقت، لنقل سنة على سبيل المثال، فإن احتمالية أن تخفّ الأعراض الاكتئابية لاضطراب الاكتئاب المستمر في هذه السنة هي أقلّ من نظيرتها في حالة نوبة الاكتئاب الحاد.

[83] داني "بسرور": شكراً على الإضافة.

رجل الكهف: لدي الكثير منها. على سبيل المثال، نظراً لمعايير تشخيص هذا الاضطراب وطول المدة المشترطة فيه، على عكس اضطراب الاكتئاب الحاد الذي كانت نوبة واحدة لمدة أسبوعين كافية لتشخيصه، فهذا يجعلنا بحاجة إلى أن نتأكد أن الشخص لا يعاني من اضطراب آخر هو أولى بأن يحلّ محل التشخيص باضطراب الاكتئاب المستمر.

[84] لوسيل: ماذا تقصد؟

رجل الكهف: أعني أنه يجب علينا أن نتأكد بأن الحالة لا يمكن تفسيرها بشكل أفضل كاضطراب المزاج الدوري، أو اضطراب الفصام المستمر، أو الفصام، أو الاضطراب التوهمي، أو أي اضرابات تتبع الطيف الفصامي، أو

أي اضــطرابات ذهانية. كما يجب أن نكون متأكدين من أن النوبة ليســت معزية إلى التأثيرات النفســية لتعاطي مادة ما -كالمخدرات أو دواء ما- أو أنها نتيجة لحالة طبية أخرى كقصور الغدة الدرقية على سبيل المثال.

داني "بسرور": اتضحت الصورة تماما. أنت تعطينا معايير محددة وشروطاً واضحة لكل اضطراب. الآن بدأت أفهم أن الأمر أكثر تعقيداً بكثير من مجرد أن يقول شخصٌ ما أنا مكتئب.

[85] لوسيل: أخبرني يا رجل الكهف عن بداية ظهور أعراض هذا الاضطراب.

رجل الكهف: إنه يشبه اضطرابات الشخصية التي تحدثنا عنها من قبل، هل تذكرين متى يجب أن تبدأ أعراضها؟

[86] لوسيل "بحماسها الطفولي": بالتأكيد، فترة أول الشباب على أعلى تقدير.

رجل الكهف: هذا صحيح، أي إنها بداية مبكرة، فترة الطفولة أو المراهقة أو بدايات سن الرشد المبكرة هي الفترة التي غالباً ما يبدأ فيها اضطراب الاكتئاب المستمر، ومنذ ذلك الحين، هو مرض مزمن، بالضرورة كما شرحت لك قبل قليل. وبمناسبة الإشارة إلى اضطرابات الشخصية، فإن بداية هذا الاضطراب تحت سن الواحد والعشرين يرفع نسبة مرافقته باضطرابات الشخصية واضطرابات تعاطي المواد.

[87] داني "مقاطعا": مهلاً يا صاح، أي اضطرابات شخصية تقصد؟ جميعها؟

رجل الكهف: كلا. في الواقع يشــيع ترافق مختلف الاضــطرابات النفســية (وليس الشــخصــية فقط) مع اضــطراب الاكتئاب المســتمر، وعلى وجه الخصوص، اضطرابات القلق واضطرابات تعاطي المواد.

أما بالنسبة لما أشرت إليه قبل قليل عن اضطرابات الشخصية، فالحق أنه يشيع، وبشدة، ترافُق اضطراب الاكتئاب المستمر مع الاضطرابات الشخصية

في المجموعة الثانية والثالثة بحسب تصنيف. (DSM-IV 1994) وقبل أن تسألني، يا داني، هذه الاضطرابات هي:

- اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.
- اضطراب الشخصية الحدية.
- اضطراب الشخصية النرجسية.
- اضطراب الشخصية التمثيلية.
- اضطراب الشخصية التجنبية.
- اضطراب الشخصية الاعتمادية.
- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. (DSM-IV 1994: 645-671)

داني "بسرور": شكراً لك.

[88] لوسيل: أخبرني عن العامل الوراثي لاضطراب الاكتئاب المستمر كما فعلت في اضطراب الاكتئاب الحاد من فضلك.

رجل الكهف: هل تذكرين ما أخبرتك به عن اضطراب الاكتئاب الحاد؟

[89] لوسيل "بحماس": نعم. لقد قلت لي إن أفراد العائلة من الدرجة الأولى لشخص لديه اضطراب الاكتئاب الحاد معرضون للإصابة باضطراب الاكتئاب الحاد بأثر من ضعفين إلى أربعة أضعاف عموم الناس الآخرين.

رجل الكهف: هذا صحيح. إن أفراد العائلة من الدرجة الأولى لشخص لديه اضطراب اكتئاب مستمر معرضين للإصابة بنفس الاضطراب بمعدل ليس يفوق أقرانهم ذوي اضطراب الاكتئاب الحاد فحسب، بل إن من المرجح أن يفوق هذا المعدل جميع المعدلات للاضطرابات الاكتئابية الأخرى.

[90] لوسيل "بدهشة": هل تقصد أن اضطراب الاكتئاب المستمر هو أكثر اضطراب اكتئابي يشيع بين الأقارب من الدرجة الأولى؟

رجل الكهف: نعم، إن هذا متوقع ولو أنه لا يوجد إحصاء دقيق يقول هذا.

[91] **داني "مفكرا":** إذن لا بد أن هناك عاملاً جينياً قوياً يؤثر في بناء أدمغة الأشخاص الذين يطورون اضطراب الاكتئاب المستمر.

رجل الكهف: في الحقيقة إن هناك عدة مناطق في الدماغ مرتبطة باضطراب الاكتئاب المستمر، منها القشرة الجبهية، واللوزة الدماغية، والحصين، والقشرة الحزامية الأمامية وغيرها.

داني "بدهشة": لقد توقعت هذا، لكني لم أتوقع أنك تعرف المناطق المسؤولة في الدماغ عن هذا الاضطراب.

[92] **لوسيل:** بالنسبة لي لم أتوقع أن يصاب الأطفال بالاكتئاب، لقد فوجئت عندما ذكرتهم في هذين الاضطرابين البشعين.

رجل الكهف: ولم لا، أليسوا بشراً أيضا؟ والحقّ أنّ هناك اضطراباً اكتئابياً حديث الولادة مخصص للأطفال.

لوسيل "بدهشة": حديث الولادة! ماذا تعني؟

الباب السابع

اضطراب المزاج المتقلب المشوش

Disruptive Mood Dysregulation Disorder

[93] رجل الكهف: لقد تمت ولادة هذا الاضطراب عام 2013 عندما أدرج في DSM-5. وقبل ولادته، كان يتم تشخيص الأطفال الذين لديهم أعراض تطابق معايير تشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش باضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، أو يتم تشخيصهم باضطراب ثنائي القطب. وفي الحقيقة، لقد أضيف اضطراب المزاج المتقلب المشوش إلى DSM-5 كي يوضح ضرورة مراعاة التفرقة في التصنيف، كما والعلاج، بين الأطفال الذين لديهم تهيج وسرعة انفعال مزمنة ومستمرة، وأولئك الذين لديهم نوبات اضطراب ثنائي القطب.

[94] دالي: إذن، بينما اضطراب ثنائي القطب هو اضطراب نوبات يتخللها مزاج طبيعي، فإن اضطراب المزاج المتقلب المشوش ليس كذلك.

رجل الكهف: هذا صحيح، لأن اضطراب المزاج المتقلب المشوش يصف طفلاً

في حالة من الهياج الحاد المزمن مع ثورات من انفجارات المزاج.*

[95] لوسيل "مقاطعة": ماذا تعني بالهياج وانفجارات المزاج؟

رجل الكهف: حسناً، أنا لا أتكلم عن طفل غاضب، ولا عن طفل حزين، لا ولا عن طفل شرير يخطط دائماً لأعمال عنيفة. هذا لأن ثورة انفجار المزاج في هذا الاضطراب هي بنت زمانها ومكانها؛ لا يوجد فيها تخطيط. أنا أتحدث عن طفل يفقد صوابه فجأة من أجل أمرٍ تافه. وبالمناسبة، هو حرفياً يفقد معظم دماغه في هذه الحالة.

وانفجارات المزاج التي أتحدّث عنها هنا يجب أن تكون من الضخامة لدرجة أن أحداً ما قد تأذى. لا يكفي أن يضرب الطفل الحائط أو أن يرمي شيئاً وهو غاضب. أنا أتحدث هنا عن دماء أو كسور أو كدمات؛ أنا أتحدث عن أذى حقيقي قد سببه هذا الطفل. ستجدين الطفل مكشراً عن أنيابه وكأنه قطة تدافع عن أولادها.

إن الأدرنالين يتدفق في جسده، يا لوسيل، لأن دماغه قد استشعر تهديداً؛ لذا، فهو يتخذ وضعية دفاعية قصوى؛ وبالتالي، فمن الممكن أن يرتكب جريمة قتل وهو في هذه الحالة دفاعاً عن نفسه من التهديد الذي توهمه دماغه. (2015 Fisher)

[96] لوسيل "بذعر": وما سبب هذا؟

رجل الكهف: السبب بيولوجي، هل تريدين مني أن أشرحه لك؟

لوسيل: بالتأكيد أريد هذا، كما أريد منك أن تشرح لنا بشكل عام الأسباب

---

*إن بعض الفقرات من شروحات رجل الكهف في هذا الباب هي ترجمة شبه حرفية لكلام الطبيب النفسي وبروفيسور علم النفس العصبي لاري فيشر في محاضرة له قبل شهرين من وفاته عام 2015. (2015 Fisher)

البيولوجية وراء الاكتئاب؛ لأنني سبق وقد لاحظت منك عدة إشارات بأن الاكتئاب له سبب بيولوجي كامن. فعندما قلت مثلاً: "إن الاكتئاب المرتبط بالفاجعة يميل لأن يصيب أولئك الذين لديهم قابلية للإصابة بالاكتئاب". أردت أن أسألك عن معنى هذا.

[97] داني "مقاطعاً": لكن قبل أن تأخذنا إلى البيولوجيا، هلا أخبرتنا أكثر عن هذا الاضطراب؟ دعنا ننتهي من الحديث عنه أولاً.

رجل الكهف: فكرة سديدة يا داني.

[98] **داني:** كم هو معدّل تواتر حصول هذه الانفجارات المزاجية؟ وماهي الأعراض؟

رجل الكهف: إن الطفل المصاب باضطراب المزاج المتقلب المشوش هو طفل لديه مزاج سريع الغضب تقريباً بشكل مستمر *لمدة سنة على الأقل*. بالإضافة لهذا، لديه انفجارات مزاج، كتلك التي وصفتها قليل، تحصل *على الأقل ثلاث مرات أسبوعيا*. كما إن هذا الطفل سيجد صعوبة في أداء المهام متعددة الوظائف، ولهذا السبب يتم خلطه مع اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.

[99] **لوسيل:** ما العمر الذي قد يبدأ فيه تجلّي هذا الاضطراب؟

رجل الكهف: في هذا الاضطراب نحن لا نتحدث عن أي شيء قبل الست سنوات. ولو انطبقت جميع الأعراض على طفل أصغر من ست سنوات لا يجوز أن نعطيه هذا التشخيص، بل علينا أن ننتظر حتى دخوله المدرسة ونرى إن استمرت الأعراض أم لا فعندها قد يحصل على هذا التشخيص.

كما أنه يجب على الطفل أن يحصل على هذا التشخيص قبل عمر العاشرة. أو لأكون دقيقاً، في حال كان الطفل قد أصبح أكبر من عشر سنوات عندما تم عرضه على الطبيب لأول مرة، فهنا يجب على الأخير أن يتأكد من أن الأعراض

قد بدأت قبل عمر العاشرة، وإلا فلن يحصل على هذا التشخيص ولو انطبقت عليه جميع الأعراض.

[داني: إذن، بداية الأعراض يجب أن تكون بين سني السادسة والعاشرة.

رجل الكهف: صحيحٌ تماماً، وهذا هو بالمناسبة أحد الاختلافات بين هذا الاضطراب واضطراب ثنائي القطب؛ حيث إن إصابة الإنسان باضطراب ثنائي القطب قبل مرحلة المراهقة هي حالة نادرة تقل عن واحد بالمئة من بين جميع المصابين باضطراب ثنائي القطب، وهذه النسبة تزداد بثبات وصولاً إلى الفترة المبكرة من مرحلة الشباب. بينما على العكس من هذا، فإن اضطراب المزاج المتقلب المشوش هو أكثر شيوعاً من اضطراب ثنائي القطب في فترة ما قبل المراهقة وتجنح أعراضه عادة إلى الانخفاض في مرحلة الشباب.

[لوسيل: لماذا قلت "عادة"؟

رجل الكهف: لأن اضطراب المزاج المتقلب المشوش هو في الواقع قد يستمر إلى ما بعد البلوغ ما لم يتم علاجه.

[102] لوسيل: وهل من الشائع أن يتحول تشخيص الطفل المصاب باضطراب المزاج المتقلب المشوش إلى أن يصبح اضطراب ثنائي القطب مع تقدمه في العمر؟

رجل الكهف: لو خبر الإنسان نوبة هوس أو نوبة تحت هوسية فإن هذا سيحصل، بيد أن هذا ليس شائعاً لأن الاضطرابين مختلفان؛ أحدهما عبارة عن حالة مستمرة نوعاً ما بينما الآخر هو عبارة عن نوبات. وبالتالي، فإن نسبة التحوّل من حالة التهيج الشديدة والمزمنة التي نصفها في اضطراب المزاج المتقلب المشوش إلى حالة النوبات في اضطراب ثنائي القطب منخفضة جداً.

لكن بالمقابل، فإن الأطفال الذي لديهم سرعة انفعالٍ مزمنة يكون لديهم خطر المعاناة من الاكتئاب أحادي القطب، و(أو) اضطرابات القلق عندما

يصبحون بالغين.

[103] لوسيل: وماهي نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب المزاج المتقلب المشوش؟

رجل الكهف: لا يوجد نسبة واضحة بما أن تصنيف هذا الاضطراب حديث جداً، على أنّ النسبة المقدرة هي بين اثنين بالمئة وخمسة بالمئة. ومن بين الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، فإن نسبة الذكور الذين هم في عمر المدرسة تفوق نسبتي كلٍّ من الاناث والمراهقين. والحق أن غالبية الأطفال المصابين باضطراب المزاج المتقلب المشوش هم من الذكور. وهذا أيضاً أحد الفروق بين هذا الاضطراب واضطراب ثنائي القطب الذي تتساوى فيه نسبة الذكور مع الإناث.

[104] داني: هلا أخبرتنا عن معايير تشخيص هذا الاضطراب بنفس الدقة التي تحدثت بها عن الاضطرابين السابقين؟

رجل الكهف: بما أن حالة الأطفال الصابين بهذا الاضطراب هي من الحالات الصعبة التشخيص، فيجب عليّ فعلاً أن أتحدث بدقة عن معايير تشخيص هذا الاضطراب.

[105] لوسيل "بتعجب": لماذا هو من الحالات الصعبة التشخيص؟

رجل الكهف: ليس لأنه اضطراب قد تم تصنيفه حديثاً فحسب، بل لأنه من النادر أن نجد أشخاصاً تطابق أعراضهم اضطراب المزاج المتقلب المشوش لوحده فقط. في الحقيقة، إنّ هذا الاضطراب هو من أكثر اضطرابات الأطفال ترافقاً مع اضطرابات نفسية أخرى. وليس المعدل العام لمرافقته لاضطرابات نفسية أخرى مرتفع فحسب، بل إنّ تنوع تلك الاضطرابات المرافقة واسع جداً.

[106] لوسيل "باهتمام": هلا قارنته لنا مع بعض الاضطرابات الأخرى؟

رجل الكهف: دعينا بداية نتحدث عن معايير تشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش، والتي هي على النحو التالي:

أولاً: أن تتجلى انفجارات المزاج الحادة المتكررة لفظياً، و(أو) سلوكياً بحيث تتجاوز على نحو فادح ما يتناسبُ شدةً ومدةً مع الموقف أو التحريض الذي تعرض له الطفل.

ثانياً: أن تكون هذه الانفجارات غير اعتيادية لطفل في مثل سنه.

ثالثاً: أن تحصل انفجارات المزاج هذه بشكلٍ وسطي ثلاث مرات أسبوعياً أو أكثر.

رابعاً: أن يلاحظ الآخرون على الطفل أن مزاجه بين تلك الانفجارات هو مزاجٌ عصبي وغاضبٌ باستمرار معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

خامساً: أن تستمر الأعراض السابقة لمدة سنة على الأقل.

سادساً: وخلال هذه السنة، يجب ألا يكون الطفل قد خلى من الأعراض السابقة لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر.

سابعاً: الانفجارات التي ذكرتها في المعيار الأول، والمزاج العصبي الغاضب باستمرار الذي ذكرته في المعيار الرابع، يجب أن يكونا واضحين في حالتين على الأقل مما يلي:

- في البيت.
- في المدرسة.
- مع الأقران.

وبالإضافة لهذا، فإنها يجب أن تكون حادة الشدة في إحداهما على الأقل، ومتوسطة إلى منخفضة الشدة في الأخرى.

ثامناً: من غير المقبول إطلاقاً أن يُعطى التشخيص الأول قبل عمر الست سنوات، ولا بعد سن الثامنة عشرة.

تاسعاً: يجب أن تكون بداية الأعراض السابقة حتماً قبل العشر سنوات.

عاشراً: يجب علينا التأكد من أن الأعراض ليست نتيجة الآثار الفيزيولوجية لمادة ما أو لحالة طبية أو عصبية أخرى، وأنها لا تحصل ضمن نوبة اكتئاب حاد، وأنه لا يمكن تبريرها بشكل أفضل بواسطة أي اضطراب نفسي آخر كاضطراب طيف التوحد، أو اضطراب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال، أو اضطراب الاكتئاب المستمر.

وبالإضافة لهذا، عليكما أن تتذكرا أن وجود مزاج عالٍ جداً أو الشعور بالعظمة هي من أعراض نوبة الهوس، أي من أعراض اضطراب ثنائي القطب، لكنها ليست من أعراض اضطراب المزاج المتقلب المشوش. وبالتالي، يجب أن نتأكد من أن الطفل لم يمر بأيّ فترة دامت أكثر من يوم واحد والتي تنطبق عليها جميع المحددات، باستثناء المدة، لنوبة هوس أو نوبة تحت هوسية؛ لأن هذا سيجعله يُشخص باضطراب ثنائي القطب وليس باضطراب المزاج المتقلب المشوش. وفي هذا يجب أن نكون حذرين جداً؛ فمثلاً، إن ارتفاع المزاج الذي يتناسب مع نمو الطفل، كأن يحصل الطفل على ارتفاع بالمزاج في سياق حدث إيجابي، لا يجب أن يعتبر مؤشراً على نوبة هوس أو نوبة تحت هوسية.

[107] لوسيل: ماذا عن مرافقته للاضطرابات النفسية الأخرى؟

رجل الكهف: بشكلٍ عام، يمكن لاضطراب المزاج المتقلب المشوش أن يتماشى مع اضطرابات نفسية عديدة منها اضطراب الاكتئاب الحاد، واضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، واضطراب السلوك، واضطراب استعمال المواد. لكن لو أنّ مزاج الطفل يكون سريع الغضب فقط في سياق اضطراب الاكتئاب المستمر أو في سياق نوبة اكتئاب حاد، عندها يجب أن يعطى تشخيصاً بأحد هذين الاضطرابين عوضاً عن اضطراب المزاج المتقلب المشوش، وكذلك الحال مع اضطراب القلق واضطرابات طيف التوحد.

[108] دالي: وماهي الاضطرابات التي لا يمكن أن يتماشى معها اضطراب المزاج المتقلب المشوش؟

رجل الكهف : اضطراب ثنائي القطب كما ذكرت سابقاً، والاضطراب الانفجاري المتقطع، واضطراب التحدي المعارض.

[109] دالي "بحيرة": هلا شرحت أكثر؟

رجل الكهف: إنّ العلامة التي ستجعل الطفل الذي لديه أعراض اضطراب التحدي المعارض يحصل على تشخيص باضطراب المزاج المتقلب المشوش هي وجود انفجارات حادّة ومتكررة بينها انقطاع. كما أني قد أشرت إلى أنّ الأعراض يجب أن تؤثر سلباً بشدة على واحد من الثلاثة مواضع: في البيت، في المدرسة، مع الأقران، وتؤثر سلباً بشكل متوسط إلى معتدل في موضع آخر منها؛ لهذا السبب، فإن معظم الأطفال الذين أعراضهم تطابق معايير اضطراب المزاج المتقلب المشوّش سيكون لديهم أعراض تطابق اضطراب التحدي المعارض، لكنّ العكس غير صحيح؛ حيث إنه فقط حوالي خمسة عشر بالمئة من الأفراد الذين لديهم اضطراب التحدي المعارض سيكون لديهم أعراض اضطراب المزاج المتقلب المشوش.

[110] دالي: بما أنّك قد أشرت إلى أنه لا يمكن إعطاء التشخيص بهذين الاضطرابين سويّة، فأيّ التشخيصين سيحصل الطفل عليه في حالة توافر أعراض الاضرابين؟

رجل الكهف: إنّ الذين تتلاقى لديهم معايير تشخيص كل من اضطراب التحدي المعارض واضطراب المزاج المتقلب المشوش، أو معايير تشخيص كل من الاضطراب الانفجاري المتقطع واضطراب المزاج المتقلب المشوش، يجب أن يعطوا فقط تشخيصاً باضطراب المزاج المتقلب المشوش.

[111] لوسيل: لقد ذكرت أنّ انفجارات المزاج يجب أن تحصل بشكل وسطي ثلاث

دافيد رجل الكهف

مرات على الأقل أسبوعياً، لكن كم هي مدة كل منها؟

رجل الكهف: الأمر يعتمد في الواقع على تعامل الأهل أو الأشخاص المحيطين بالطفل معه. لقد قلت لكما إن الطفل يتخيل خطراً محدقاً به، ولذا فإن جسمه في الحالة الدفاعية القصوى، تماماً كأنه في معركة حياة أو موت. الأدرنالين يتدفق في جسده بغزارة مانحاً إياه قوة قد تتجاوز عشر مرات قوته الحقيقية. وعليه، فإنّ ما يفعله الناس في هذه الحالة من محاولة تثبيت الطفل كي لا يشكّل خطراً على نفسه أو غيره هو في واقع الأمر أسوأ ما يمكنهم فعله؛ فهذا سيزيد من هياجه، وفي هذه الحالة فإنّه لن يهدأ حتى تنتهي طاقته؛ ربما يستمر الأمر ساعة أو ساعة ونصف.

[112] لوسيل: وما الذي يجب فعله في هذه الحالة؟

رجل الكهف : لقد شبهت الطفل لك في مثل هذه الحالة مسبقاً كالقطة التي تدافع عن أطفالها. ما الذي تفعليه عادة في مثل هذه الحالة مع القطة؟ هل تزيدين من ذعرها بمحاولتك لمس أطفالها أم تتركيها بسلام كي تهدأ؟

لوسيل: طبعاً أتركها بسلام.

رجل الكهف: وهذا هو ما يجب فعله مع الطفل في هذه الحالة. إن أي محاولة للاقتراب منه بغرض تهدئته ستزيد الامر سوءا. عليك في هذه الحالة أن تتركيه بهدوء وبطريقة تجعله يطمئن. لا يجب أن تركضي خارج الغرفة مثلاً فقد يعتقد أنك ستذهبين لتحضري شيئاً ما تؤذينه به. لقد قلتُ لك إن دماغه شبه مفصول في هذه الحالة. وبالتالي، فعليك أن تتراجعي بهدوء مع ابتسامة، حاولي أن تظهري له أنك لست مصدر تهديد، أره يديك الفارغتين وحاولي التصاغر، واتركيه وحيدا. وعندها، فإنه سيهدأ خلال خمس إلى عشر دقائق على أبعد تقدير. (2015 Fisher)

[113] لوسيل: وكيف لي أن أثق أنّه لن يؤذي نفسه أو غيره خلال هذه الدقائق؟

رجل الكهف: نحن نتكلم عن انفجار من هذا القبيل كل يومين وسطيا. لذا، فعلى الأهل الذين لديهم طفل يعاني من هذا الاضطراب أن يجعلوا المنزل مكاناً آمناً إلى أقصى الحدود؛ لا زجاج، لا كؤوس، بل لا أقلام في متناول يد الطفل. يجب إخلاء المنزل الذي فيه طفل مصاب باضطراب المزاج المتقلب المشوش من أي أدوات قد تكون مؤذية، لا يوجدُ حلّ آخر. بل لا يجوز أن يحاول الأهل إخلاء المكان من هذه الأدوات لحظة حصول أحد الانفجارات؛ فمجرد إمساكهم لهذه الأدوات قد يهيج الطفل أكثر.

[114] على أيّ حال، هو في حالة دفاعية وليس في حالة هجومية، لا ولا في حالة انتحارية؛ لذا، فعلى الأغلب لن يؤذي نفسه، لكنه بالمقابل سيؤذي أي أحد قريب منه، حتى لو لم يكن له أي علاقة بأي شيء.

وأخيراً، لا تلقِ بالاً لتهديداته التي يقولها، فهو لا يعنيها، بل وسينساها بعد انتهاء ثورة الغضب هذه، إن جلّ ما يريده الطفل هو التخلص من التهديد المحدق به لا أكثر. وعليه، فإخلاء الغرفة من الأشخاص الآخرين وتركه وحيداً هو الحل الأكثر عقلانية في هذه الحالة. (ibid.)

داني: ما الذي يحصل في أدمغة هؤلاء الأطفال بحق السماء؟

الباب الثامن

بيولوجيا الاكتئاب

[115] رجل الكهف: سأشرح لك الأمر بشكل مبسط. الدماغ يتكون من شقين تأتيهما الإشارات متعاكسة من الجسم كله عدا فتحتي الأنف. النصف الأيسر مسؤول عن المهارات اللغوية كالكتابة والقراءة والكلام، كما والتركيز في تحليل الأمور، واستخراج عناصر من الخبرات الذاتية للفرد، وملاحظة تسلسل الأحداث؛ إنه رجل المنطق القابع في رأسك. بينما النصف الأيمن مسؤول عن قراءة الوجوه ولغة الجسد وفهم الإشارات، كما وتجميع العناصر معاً ليفهم الصورة الكلية كالقدرة على فهم الخرائط والصور مثلاً، بالإضافة إلى القيام بالعلاقات الاجتماعية المختلفة؛ إنه رجل الإبداع.* (Fisher 2015)

[116] لوسيل: هل ينطبق هذا على الأشخاص العُسر؟

رجل الكهف: سبعون بالمئة منهم ينطبق هذا عليهم أيضاً، بينما يكون العكس

---

*إن بعض الفقرات من شروحات رجل الكهف في هذا الباب هي ترجمة شبه حرفية لكلام الطبيب النفسي وبروفيسور علم النفس العصبي لاري فيشر في محاضرة له قبل شهرين من وفاته عام 2015. (Fisher 2015)

في حالة الثلاثين بالمئة الباقين. والآن نأتي إلى الأمر المهم؛ نصف الدماغ الأيسر مسؤول عن المشاعر السلبية، بينما النصف الأيمن مسؤول عن المشاعر الإيجابية. لكن بالمقابل، النصف الأيسر مسؤول عن الرغبة في التواصل مع الناس، بينما الأيمن مسؤول عن تجنب التواصل مع الناس. (.ibid)

[117] داني "ساخرا": تصميمٌ ذكي حقا.

رجل الكهف: لدينا حوالي مئة مليار خلية في الدماغ، كل خلية منها لها ما بين عشرة آلاف إلى ثلاثين ألف نقطة اتصال، بحيث إن الدماغ كله متواصل بعضه مع بعض فلا توجد أي مناطق منعزلة في الدماغ.

[118] داني: كيف يتمّ هذا التواصل؟

رجل الكهف: إن التواصل يتم عبر الإشارات العصبية. والاشارات العصبية تكون على شكل إشارة كهربائية، تتحول إلى إشارة كيميائية ثم تتحول الى إشارة كهربائية من جديد عند وصولها للخلية الهدف.

[119] داني: وكيف تتمّ الإشارات الكيميائية؟

رجل الكهف: بواسطة النواقل العصبية، وهناك المئات من هذه النواقل أذكر لكما منها على سبيل المثال: نورأدرنالين، إندروفين، دينورفين، غالانين، هيستامين، دوبامين، السيروتونين، وهلمّ جرا. والآن فكرا معي؛ ماذا لو شحت بعض هذه النواقل العصبية؟ ماذا لو أنّ الجسم لا يفرز القدر الكافي منها؟ ماذا لو حصل تغير في توزيع هذه النواقل العصبية؟ ماذا لو أنّ الأنزيمات التي تقوم بتفكيك هذه النواقل بعد تلفها قد أصبحت ذات شهية مفرطة ولهذا فهي تتلف قدراً زائداً منها؟ ماذا لو حصل تغير في خريطة شبكة توصيل المعلومات هذه؟

[120] داني "بتعجب": هذا هو الاكتئاب إذن!

رجل الكهف: نعم، هذا أحد مسببات الاكتئاب. بالمناسبة، هل تعرفان ما هو الجهاز الحوفي (أو الحافي، أو النطاقي، أو الطرفي) Limbic System؟

لوسيل: كلا!

رجل الكهف: الجهاز الحوفي هو قسم من الدماغ نجده لدى الثدييات، وهو المسؤول عن الانفعالات والعواطف والمشاعر والعدوانية والذاكرة وغيرها. ولذا، فنحن نجنح لأن نقول إن الأسماك والطيور والزواحف وسواها من غير الثدييات لا تختبر مشاعر معقدة وليس لديها حياة عاطفية نظراً لعدم امتلاكها هذا الجهاز.

[121] **داني**: هل هو عبارة عن كتلة واحدة أم له أجزاء؟

رجل الكهف: له أجزاء عديدة كلٌّ منها مسؤول عن بعض الأمور وتعمل بالتكافل مع بعضها مشكلة النظام بالكامل. سأذكر لكما من أجزاءه الحُصين Hippocampus الذي هو مركز الذاكرة في الدماغ، فله دور رئيسي في ربط الذاكرة طويلة الأمد مع الذاكرة قصيرة الأمد، هل لا زلتما تذكران حديثنا عن هاتين الذاكرتين؟ (رجل الكهف 2018: §72)

[122] **لوسيل** "بعيون لامعة": بالتأكيد.

رجل الكهف: سعيدٌ لسماع هذا. إن للحصين، يا لوسيل، دور في فهم الاتجاهات، أعني كيفية المسير في الأماكن المختلفة، وفي بناء الذكريات من التجارب التي يمر بها الفرد، ويلعب دوراً في التعامل مع الضغوط وردود الأفعال المناسبة نحوها، فهو الذي سيحضر المعلومات من التجارب السابقة للفرد ليذكّره أنه عندما فعل كذا كانت النتيجة كذا.

[123] ولدينا أيضاً اللوزة الدماغية Amygdala التي تشارك في تقييم العواطف والاستجابات السلوكية المرتبطة بالقلق والخوف، وهي التي تراقب وجود أي

خطر قد يهدد الكائن الحي؛ هي نظام الإنذار لدى جميع الثدييات، وهي النظام المسيطر على الاستجابات العاطفية والسلوكية ومشاعر السعادة والخوف والقلق والغضب وتقوم بتجهيز الجسم للاستجابة المناسبة.

واللوزة الدماغية مرتبطة بالحصين ارتباطاً وثيقاً، فهي المسؤولة عن تخزين الذكريات المتعلقة بالخوف، أو التعلم المرتبط بالألم، والحصين يمدها بالمعلومات اللازمة لمعالجة الموقف من الذاكرة. وهي، يا داني، مسؤولة أيضاً عن الخوف والقلق والعدوان والهجوم بنفس الوقت. هذا يعني، يقول روبرت سابولسكي بحذاقة، أنّه من وجهة نظر بيولوجيا علم الأعصاب لا يمكنك فهم السلوك العنيف ما لم تفهم آلية الخوف والقلق، ودون أن تفهم أن المكان عينه في الدماغ هو المسؤول عن الاثنين معاً، مما يقترح أنه، من وجهة نظر بيولوجيا علم الأعصاب، في عالم لا يوجد فيه خوفٌ وقلق لا يمكن أن يوجد فيه عنفٌ وعدوانية.

[124] داني "بذهول": هذه ملاحظة حاذقة جداً ويمكن أن تقودنا إلى نقاش فلسفي وأخلاقي طويل.

رجل الكهف: هذا صحيح، لكن أرجوك لا تفتح علينا هذا الباب الآن، فحسبنا ما نحن في صدد الحديث عنه حالياً.

داني "ضاحكا": أنت الذي كدت أن تفتح هذا الباب على نفسك!

رجل الكهف "بوجهه الخالي من التعابير": أنت محق، من الصعب عليّ منع نفسي من التفلسف. على أي حال، عودة إلى صديقنا الجهاز الحوفي، فإن فالي ناودا قد اكتشف أن القشرة الجبهية الحجاجية Orbitofrontal Cortex على الرغم من أنها تشريحياً تتبع القشرة الدماغية إلا أنه في الواقع يجب تصنيفها كجزء من الجهاز الحوفي؛ فهي المسؤولة عن ردود الأفعال، والتحكم بالمشاعر، والتخطيط للمستقبل، واتخاذ القرارات بعقلانية.

دافيد رجل الكهف

وإنَّ القشرة الجبهية الحجاجية، بالمناسبة، هي أكبرُ بشكلٍ ملحوظٍ لدى البشر من أي كائنات أخرى، فهي آخر ما تطور في أدمغتنا أثناء مسيرة نوعنا التطورية. ولهذا السبب، فهي آخر ما يكتمل نموه في أدمغة الأفراد، فهي لا تصل نموها الكامل إلا في أواسط العشرينات من عمر الفرد.

[125] لوسيل "مقاطعة وهي تضحك": هذا يفسر الكثير.

رجل الكهف: بالتأكيد إنه كذلك. ولأزيدكما علماً عن القشرة الجبهية الحجاجية، سأخبركما أن حجم هذه المنطقة في أدمغة الثدييات يتناسب طرداً مع متوسط أعداد أفراد المجموعات التي يشكلها أفراد الأنواع المختلفة منهم؛ فهي المسؤولة عن العلاقات الاجتماعية وكيفية التعامل الأنسب مع الآخرين وتنسيق أفعال الفرد وردود أفعاله وسلوكه بما يتلاءم مع قوانين المجتمع والعواقب المترتبة على هذا التصرف أو ذاك.

وكي لا أستفيض كثيراً، سأخبركما أيضاً باختصار أنَّ المعلومات والقرارات تأتي في الدماغ من الخلف، وأوامر الحركة والتنفيذ، أي الأفعال، تأتي من الأمام. تخيلا الدماغ كسيارة أجرة، حيث يجلس الراكب في المقعد الخلفي ويعطي التعليمات للسائق الذي يجلس في المقدمة ويستخدم المحرك، والمقود، والفرامل وباقي التجهيزات الموجودة في مقدمة السيارة.* (Fisher 2015)

[126] دلني "بارتباك": لا تجعلني أتيه في الشروحات عن تشريح الدماغ، أخبرني ما الذي يحصل مع الطفل في حالة اضطراب المزاج المتقلب المشوش؟ لماذا قلت إنَّ دماغه يكون شبه مفصول في انفجارات المزاج وأنّه في حالة دفاعية قصوى؟

---

* لا أعتقد أن هناك سيارات أجرة منتشرة بكثرة ذات محرك خلفي أو وسطي؛ فهذان التصميمان يشيعان إما في السيارات الصغيرة التي لن تستخدم كسيارات أجرة، أو في السيارات الرياضية التي قد لا يكون فيها مقعد خلفي على أي حال.

رجل الكهف: لأنّ الذي يحصل مع هذا الطفل هو أن اللوزة الدماغية يكون لديها فرط نشاطٍ زائدٌ جداً مترافق مع انخفاضٍ حادٍ في نشاط القشرة الجبهية الحجاجية. في الواقع، إنّ الدماغ بأكمله تقريباً يكون منخفض النشاط في مقابل فرط النشاط الزائد عن اللزوم للوزة الدماغية؛ فرط نشاطها هذا يجعله يستشعر خطراً محدقاً ويجعل جسمه بأكمله في وضعية الدفاعيات القصوى. وانعدام نشاط القشرة الجبهية الحجاجية يجعله غير قادرٍ على التفكير ومراقبة سلوكه وحساب العواقب التالية له.

لهذا السبب قلت لكما أنّه لا يمكن الاقتراب منه أو الحديث معه أو حتى تهديده بالعقاب؛ فهذا التهديد لن يصل إلى القشرة الجبهية الحجاجية المطفأة. لا يمكن إجراء حوارٍ مع اللوزة الدماغية! (.ibid) وبالإضافة لهذا، فإن بعض الدراسات أظهرت أنّه في هذه الحالة تكون السيطرة فقط للنصف الايسر من الدماغ؛ النصف الذي قلت لكما أنه مسؤولٌ عن المشاعر السلبية وبنفس الوقت عن الرغبة في التواصل مع الناس.

[127] لوسيل "بذعر": الآن فهمت عليك. إذاً، يكون لديه فيضٌ من المشاعر السلبية مع الرغبة في الاقتراب من أحد ما، وهذا ما يفسر ذلك السلوك غير المبرر من وجهة نظر مراقب خارجي.

رجل الكهف: الأمر يشبه تماماً كما لو فقد سائق سيارة الأجرة زيت الفرامل لديه فهو غير قادر على الاستجابة لطلبك بالتوقف. لن يغير صراخك ولا ضربك للسائق من الأمر. إن الأمر ليس أنه هو لا يريد الاستجابة لمطلبك، بل إن السيارة لا تساعده، وهذا حال الطفل في انفجارات المزاج بالضبط. (.ibid)

وبالمناسبة، فإنّه في الذكور نجد النشاط الدماغي في اليسار وإلى الأمام، مما يفترض أنّه هجومي أكثر مع عدم القدرة على التحكم بنفسه، بينما في الإناث نجده في اليسار وإلى الخلف، مما يفترض أنهن أكثر غرقاً في المشاعر السلبية

والذكريات من أن يكون لديهن نزعة هجومية كالذكور. (.ibid)

[128] داني "بسرور": هذا تفسير رائع.

رجل الكهف: وبالمثل بالنسبة للأشخاص المصابين بأحد الاضطرابات الاكتئابية؛ فإننا نجد أثناء نوبة الاكتئاب نشاطاً دماغياً زائداً في المنطقة الخلفية في الدماغ في مقابل كونه شبه منعدم في الأمام، بينما في الإنسان الطبيعي فالنسبة شبه متساوية.

[129] لوسيل "مفكرة": هذا يفسر إذاً لم يكون الشخص غارقاً في أفكاره وذكرياته ولا توجد لديه طاقة ولا رغبة للقيام بأي شيء.

رجل الكهف: ليس هذا فحسب، بل نجد أن الحصين أصغر لدى المصابين بالاكتئاب منه لدى الأشخاص الطبيعيين.

[130] داني "مقاطعا": وماذا عن الهرمونات؟

رجل الكهف: إن الهرمونات قد تكون مسؤولة عن الاكتئاب أيضا. فمثلاً، نقص هرمونات الغدة الدرقية Thyroid Hormones، المسؤولة عن الحفاظ على حرارة الجسم وطاقته، قد يكون مسبباً للدخول في نوبة اكتئاب، وإنّ فيض الهرمونات المتعلقة بالتوتر والضغوط -كالأدرنالين والهرمونات القشرية السكرية Glucocorticoids ومنها الهيدروكوتيزون Hydrocortison الذي يعرف بالكورتيزول Cortizol- قد يسبب الاكتئاب أيضا.

لهذا السبب، فإن المصاب باكتئاب نتيجة التوتر يبقى متوتراً وهو مكتئب لأن لديه فرط أدرنالين، وستجد أن مراحل نومه تضطرب، يميل لأن يستيقظ باكراً، وأن تضطرب شهيته؛ إن جسده بالكامل يعمل بشكل غير طبيعي في واقع الأمر. (2009 Sapolsky)

[131] لوسيل "مقاطعة": ماذا تعني بالتوتر والضغوط؟

رجل الكهف: أي شيء يسبب التوتر؛ التوتر من أمرٍ سيقدم الفرد عليه. أو الخوف من حدثٍ ما سيحصل، أو عدم القدرة على التحكم في محيط الفرد، أو حتى رغبته في أن يكون لديه من يتكلم معه لكنه وحيد، إلى ما هنالك.

[132] داني: وهل التوتر حتماً سيسبب الاكتئاب؟

رجل الكهف: إن وجود قابليةٍ لدى الفرد مع تعرّضه إلى توتر يفوق الحدود الطبيعية فعلى الاغلب سيطور اكتئاباً بعد المرة الرابعة من هذه التوترات الشديدة. (Sapolsky 2009)

[133] لوسيل: هل يفسّر السبب الهرموني أن عدد النساء المصابات بالاكتئاب يصل إلى ثلاثة أضعاف عدد الرجال كما ذكرت لنا سابقا؟

رجل الكهف: أحسنت يا لوسيل! بجانب الأسباب البيئية التي من شأنها تشكيلُ ضغوط على الإناث في معظم المجتمعات فإن التقلبات الهرمونية العنيفة التي تتعرض لها الاناث أكثر من الذكور قد تساهم في الأمر، كما أن الجهاز الحوفي يكون لدى الاناث أكثر استثارة من الذكور، لذا فهن أكثر عاطفية منهم، كما أن اختلاف نسبة الاستروجين إلى البروجستيرون قد يسبب الاكتئاب أيضا.

[134] داني: وما هو سبب الخلل البيولوجي المسبب للاكتئاب؟

رجل الكهف: تختلف الأسباب؛ فبجانب وجود سبب جيني، قد يوجد سبب يتعلق بتشكل الدماغ نفسه. فمثلاً، يشيع بين المصابين باضطراب المزاج المتقلب المشوش حالات الولادة المبكرة التي تسبب نقصاً في الأوكسجين أثناء تكون الدماغ، أو حالات الولادة الصعبة حيث تؤثر الضغوط أثناء الولادة على بعض مناطق الدماغ الفتي، أو أن تكون الأم قد تعاطت الكحول في الثلث الأخير من الحمل، وهي الفترة التي تتكون فيها القشرة الجبهية الحجاجية،

ويؤدي تعاطي الكحول إلى تقلصها، أو تعاطي المخدرات الذي يسبب تشوهات في تشكل الجهاز الحوفي. أسبابٌ من هذا القبيل تؤثر سلباً على تشكل الدماغ حتى لو لم يكن هناك سببٌ جيني من شأنه فعل هذا.

[135] لوسيل: وماذا عن السبب الجيني؟

رجل الكهف: الجينات هي التي تقوم بتشكيل أجسادنا بالكامل. فكما أنه من الممكن أن يكون من تجليات وجود جين معطوب أو تالف أو غير سليم أن يكون الإنسان مصاباً بتشوه جسماني ما أو أحد الأمراض الفيزيولوجية، فمن الممكن أيضاً أن يكون من تجليات كون أحد الجينات معطوباً أو غير سليم أن يُصاب الإنسان بأحد الاضطرابات النفسية.

فمثلاً، بالنسبة لما نتحدث عنه الآن، وجدت إحدى الدراسات أن نسبة مئة بالمئة من الأفراد الخاضعين للدراسة المصابين باضطراب المزاج المتقلب المشوش لديهم مشكلة مع جين مسؤول عن نواقل الدوبامين، كما اكتشفت دراسة أخرى جيناً مسؤولاً عن السيروتونين قد يكون أحد شقيه معطوباً مما قد يجعل الإنسان مجهزاً للدخول في نوبة اكتئاب حاد. هذا لأن أحد مهام السيروتونين هو أن يجعلنا نعود للحياة الطبيعية بعد حدوث كارثة ما. وبالتالي، فإنّ بعض الناس يكونون مجهزين جينياً كي يقعوا في حفرة الاكتئاب دون إمكانية للعودة إلى الحال الطبيعي كباقي الناس الآخرين.

[136] إنّ الأسباب الجينية متنوعة يا لوسيل؛ فقد يولد الشخص مع وجود نقص في انتاج أحد النواقل العصبية، أو مع وجود مشكلة في توزيعها، أو مع وجود مشكلة في الأنزيمات المفككة لها، أو مع وجود خللٍ في أحد الهرمونات، أو وجود خللٍ في نشاط أحد المناطق في الدماغ، وهلم جرا. هذه مجرد أمثلة ويمكنك القياس عليها. لذا، فإن الأدوية تلعب دوراً فعالاً في هذه الحالات حيث إنها تمد الجسم بما ينقصه، تماماً كما يأخذ المصاب بمرض السكري

الأنسولين نظراً لأن جسمه لا يفرز الكمية المناسبة منه، الأمران متشابهان جداً.

[137] دالي: وهل هذه الأسباب البيولوجية كافية لجعل الإنسان مصاباً بأحد الاضطرابات الاكتئابية؟

رجل الكهف: في الواقع كلا، هذه المسببات البيولوجية تجعل الإنسان بشكل عام جاهزاً للإصـــابة بأحد الاضــطرابات الاكتئابية -أو غيرها في حالة الاضـــطرابات الأخرى- لكنه لا يزال بحاجة إلى محفز بيئي يســحب الزناد للإصابة بالاضطراب.

[138] دالي "مقاطعا": مثل؟

رجل الكهف: الضغوط التي أشرت إليها هي أحد المسببات، طفولة صعبة، أو فقدان الأبوين، أو التعرض للإساءات، أو التعرض لصدمات عاطفية عنيفة وغيرها، نفس هذه المحفزات البيئية لن تجعل الإنسان الذي ليس لديه قابلية بيولوجية مصاباً بأحد الاضطرابات على عكس من لديه ذلك السبب البيولوجي كما شرحت لكما قبل قليل.

كما نجد لدى المصابين بالاكتئاب المزمن نمطاً مشتركاً من بداية مبكرة للاكتئاب قبل عمر العشرين سنة على شكل اكتئاب مستمر، ومن صدمات أو علاقات عائلية سيئة في مراحل حيواتهم المبكرة، كفقدان أحد الأبوين، أو التعرض للإساءات الجسدية و(أو) الجنسية و(أو) اللفظية، أو التعرض للإهمال أو للحماية المفرطة.

ناهيك عن أنّ أولئك الذين قد تعرضوا لهذه الأمور في طفولتهم، وبدأ لديهم اكتئابٌ مستمرّ مبكر مترافقٌ مع حالة من التوتر أو الضغط، فإنّ اكتئابهم سيجنح إلى أنْ يصبح أكثر حدّة مع مرور الوقت، مقارنة بأولئك الذين لديهم سببٌ جيني فحسب للاكتئاب. (Barlow 2014: 283)

[139] لوسيل: وماذا لو لم يتعالج الشخص؟ هل سيشفى لوحده؟ أقصد هل سيقوم جسده بتصحيح الخلل لوحده دون أدوية؟

رجل الكهف: بشكل عام كلا، بل في الواقع إنّ الاضطراب لديه سيتفاقم مع الوقت على الأرجح كما قلت للتو، وكما كان واضحاً مما ذكرت لكما من وصف من عايشوا الاكتئاب.

[140] لوسيل: هل هذا يعني أنّه سيعيش بقية حياته معتمداً على الأدوية؟

رجل الكهف: يختلف الأمر بحسب كل حالة وبحسب كل اضطراب؛ فمثلاً نجد في المصابين باضطراب المزاج المتقلب المشوش، كحال زملائهم المصابين بالصرع، أن نصفهم يتحسن بعد سنة إلى درجة أنه لا يحتاج إلى الأدوية بعد ذلك، بينما بالنسبة للنصف الآخر يبقون بحاجة للأدوية بقية حيواتهم. (01:27:50 :2015 Fisher)

[141] داني: لكن مع هذا، إن كان الدواء يعوّض ما ينقص جسد الشخص فإن من الحكمة الإبقاء عليه وأن يعتبره الشخص جزءاً من روتينه اليومي كوجبات الطعام.

رجل الكهف: أتفق معك تماما. أياً يكن العلاج المناسب، فإن الالتزام به يجعل الشخص يعيش حياة طبيعية نسبياً، أو لنقل: يعيش حياة يكون هو فيها أفضل حالاً مما كان ليكون عليه لو أنّه لم يخضع لهذا العلاج. وفي المقابل، إنّ عدم التزام العلاج يجعل حياة المصاب والمحيطين به تعسة أكثر، بل وقد يفضي هذا الطريق إلى الانتحار في بعض الحالات.

[142] داني: وكيف يعرف الشخص الذي يأخذ أدوية معينة أنّه لم يعد بحاجتها؟

رجل الكهف: الطبيب المشرف على الحالة هو الذي يقرّر. لكن مثلاً لو كان الشخص يأخذ أدوية ما بجرعة معينة لفترة من الزمن ووضعه مستقر عليها

لنقل لمدة عام أو عامين، ثم بعد هذا بدأت تظهر بعض الأعراض الجانبية، دونما تغيير في الأدوية ولا الجرعات، فهنا قد يفكر الطبيب في أنّه من الممكن أن العطب قد تم إصلاحه وبات الجسم يفرز ما ينقصه وبالتالي فإن جرعة الدواء هي في الواقع، الآن، قد أصبحت زيادة عن حاجة الجسم لذا فإنّ الآثار الجانبية قد بدأت بالظهور، فقد يرى الطبيب تخفيف الجرعة تدريجياً ومراقبة الوضع، هذا أحد المؤشرات. (Fisher 2015: 01:28:09)

على أيّ حال، يجب على الفرد عدم تغيير الجرعات أو الأدوية دونما أمر من الطبيب المشرف، فإن فعلّ هذا من شأنه أن يزيد الحالة سوءا.

[143] لوسيل "بتعجب": هل قلت سنتين؟

رجل الكهف: نعم، ألا تفهمين عليّ أنّ المريض يقوم بإصلاح عطب في الجسم؟ الأمر ليس دواء مسكن للآلام. وبما أنه تتعدد المسببات البيولوجية للاكتئاب، فإن مضادات الاكتئاب تتنوع أيضاً، ولهذا السبب، فإن الدواء الذي قد يفيد شخصاً قد يكون غير مفيد بل وذا آثار جانبية مزعجة جداً للشخص الآخر.

[144] داني: ماذا تقصد؟

رجل الكهف: هب أن شخصاً قد استفاد على البروزاك الذي يعمل على السيروتونين فإنّ شخصاً آخر قد لا يكون لديه مشكلة مع السيروتونين بل مع الدوبامين، وبالتالي فإن جسمه سيرفض البروزاك بينما سيستفيد على غيره. وهذا هو أيضاً سبب لتلك الحقيقة المزعجة التي تقتضي بأنه يتوجب على الشخص تجربة عدة أدوية قبل أن يعرف أيها هو الأنسب لحاله.

لا شك أنّ التقدم العلمي سيحل هذه المشكلة قريباً، إلا أنها لا تزال قائمة حتى الساعة، وبما أن هذه الأدوية لا تعمل كما يعمل مسكن الآلام فوري النتيجة محدود الأثر، فإن هذا يعني أنّه يتوجب على المريض أن يكون صبوراً في الانتظار مدداً من الزمن أحياناً قبل أن يقرّر الطبيب أنه يجب تغيير الدواء،

وبالتالي، فإن على المريض أن يكون على استعداد مسبق لأن يخضع لفتر

تجريب طويلة نسبياً ريثما يصل إلى الدواء المناسب، وإلى الجرعة المناسبة

وهذا يزداد تعقيداً في اضطرابات أخرى كثنائي القطب حيث ليس الاكتئاب

هو وحده ما يجب السيطرة عليه.

[145] داني "بابتسامة": فهمتك يا صاحبي.

لوسيل: أعتقد أنه يتم اللجوء إلى الصدمات الكهربائية لعلاج مناطق معينة في الدماغ، وأنه في حالات نادرة تتدخل الجراحة أيضا. أليس كذلك؟

رجل الكهف: هذا صحيح يا لوسيل.

الباب التاسع

رحلة علاج بالصدمات الكهربائية

Electroconvulsive Therapy (ECT)

[146] **لوسيل:** لكن لماذا لا تزال الصدمات الكهربائية علاجاً معمولاً به حتى اليوم؟ إنّه علاج وحشي جدا.

رجل الكهف: رويدك يا عزيزتي، لقد ولّت تلك الأيام التي كانت تبدو فيها جلسات الصدمات الكهربائية أشبه ما تكون بجلسات التعذيب في أفرع المخابرات. الأمر مختلف جذرياً اليوم.

[147] **لوسيل:** إنّها صدمات كهربائية، هل لك أن تتخيل كم هي مؤلمة؟ إنني شاهدت الكثير من الصور. لا شك أن الطب اليوم أفضل مما كان عليه سابقاً، لكن من يهتم؟ إنهم سيصعقونني في رأسي على أي حال.

رجل الكهف: لست بحاجة أن أتخيّل كم هي مؤلمة طالما أني جربتها مرات عديدة.

[148] **لوسيل "بذهول":** هل هذا صحيح؟ أخبرني كيف هي إذن؟ وهل يمكنك تحمّل

الألم؟

رجل الكهف: لا يوجد أيّ ألم في مسيرة العمليّة كلها، دعينا ننتهي من هذا الأمر. لقد كانت الممرضة تعطيني حبة *باراسيتامول* بعد الجلسة للاحتياط فحسب.

[149] لوسيل "بحماسها الطفولي": لا يمكنني تصديق هذا! فالناس يقولون إنها مؤلمة. بل إنّ الجميع يعتقد أنه علاج مريع.

رجل الكهف: الاعتقادان خاطئان.

[150] لوسيل: أخبرني ما الذي تفعله في الجلسة؟

رجل الكهف: في الحقيقة إنّي لا أفعل أي شيء في الجلسة. إنّني أجهّز نفسي بالصيام نحو اثنتي عشرة ساعة قبل موعد الجلسة، وفي كل جلساتي كان صيامي طوال الليل، لأن الجلسات جميعها كانت في الصباح الباكر. عندما أصل إلى المركز، تقوم ممرضة بتجهيزي حيث ينتهي بي المطاف مستلقياً على سرير جاهزاً كي أصعق.

[151] لوسيل "بتركيز": أكمل أرجوك.

رجل الكهف "وهو يضع فنجان القهوة": إنّ أمد الجلسة قصير إلى حدّ الجنون. إنني لأدخل الغرفة مستلقياً على سريري الذي يصل بسرعة إلى مكانه المخصص في منتصف الغرفة، يُحييني الطاقم الطبي ويعرفني أفراده بأنفسهم. جرعة مخدرٍ لطيفة جداً تدخلني في نفق يفضي بي إلى نفس الغرفة التي كنت أنتظر فيها دوري قبل قليل -وأنا أعني قبل قليل.

[152] لوسيل: لم أكن أعرف هذا! إذن يتمّ تخديرك، إجراء الصعقة في المكان المطلوب، وإخراجك من الغرفة لتنتظر بضع دقائق كي تعود إلى وعيك. لا يوجد أسهل من هذا!

رجل الكهف: هذا صحيح بالفعل. وإنّي ليعجبني الشعور عندما استيقظ وأنا لا أعرف أين أنا.

[153] **لوسيل "بدهشة":** لماذا لا تعرف أين أنت؟

رجل الكهف: لوسيل، هل نسيت ما الذي قد تمّ فعله للتو في دماغي؟ إنّ التيار يؤثر على الذاكرة قصيرة الأمد، لهذا السبب، فإنّني لا أعرف أين أنا في كل مرة استيقظ فيها.

[154] **داني:** إذن من الممكن جداً أنّه يؤثر سلباً على مناطق أخرى في الدماغ أيضاً.

رجل الكهف: لقد أوقفتني عندما كنت أتحدّث عن تشريح الدماغ لأنك تريد تبسيط الأمر. لذا فإني سأجيبك باختصار وبعمومية دون الخوض بالأمور التشريحية التي يثقل عليك هضمها.

[155] **داني "بسرور":** شكراً للطفك.

رجل الكهف: إنّ العلاج اليوم متطورٌ جداً يا عزيزي، إنّ الأمر مضبوط إلى أبعد الحدود. لذا، فإنه لا يوجد قلق من أن تصاب بأذية في الدماغ أثناء جلسة العلاج بالصدمات الكهربائية.

على أن هناك استثناءً وحيداً قد يجده البعض مزعجاً، ألا وهو الذاكرة.

[156] **داني "مقاطعا":** هل تقصد أنّه من الممكن فقدان الذاكرة في الجلسة؟

رجل الكهف: كلا على الإطلاق، كان الجواب في طريقه إليك لو لم تقاطعني.

[157] **داني "بخجل":** المعذرة، لقد أفرطت في اهتمامي.

رجل الكهف: اسمع يا داني. لقد قلت لكما قبل قليل إنّني أستيقظ من التخدير ولا أعرف للوهلة الأولى أين أنا نتيجة أنّ الذاكرة قصيرة الأمد قد تم محوها -إن جاز لي تبسيط الفكرة وتشبيهها بإعادة إقلاع حاسوبك أو هاتفك

دافيد رجل الكهف

الذكي. عندما تفعل هذا فأنت تمسح الذاكرة قصيرة الأمد، أو ذاكرة الولوج العشوائي Random-Access Memory (RAM) والتي ستبدأ تدريجياً بالعمل والامتلاء كما تفعل على الدوام. وإني بالفعل ليعجبني سير عملية إملاء ذاكرتي هذا.

[158] داني: قد لا يشاطرك العديد من الناس الرأي.

رجل الكهف: عندما تعرف ما الذي يحدث معك، فإنّه يمكنك فهم الحالة التي تعيشها والاستمتاع بالتجربة. يمكنك أن تبقى تشتم وتلعن، ويمكنك أن تبكي وتحزن، ويمكنك أن تقول: إنّه لا يوجد مخاطرة، وإنه لا يوجد ألم، لذا سأعتبرها تجربة لطيفة فحسب.

[159] لوسيل: قد تكون على حق في هذا.

رجل الكهف: إنّني على حق في ذلك. وإنني على حق أيضاً عندما أقول إنّ فقدان الذاكرة هذا يحصل مع جميع الذين يقومون بجلسات العلاج بالصدمات الكهربائية. بيدَ أن هناك عدد من المرضى يبقون على مشاكل في الذاكرة القصيرة الأمد ومشاكل في التركيز لعدّة أشهر.

[160] داني: هل لك أن توضح؟

رجل الكهف: ركّز معي جيداً يا داني. إنّ الناس مختلفون. فمع أنّي أميل إلى الاعتقاد بأنّ ما يتشابه به الناس يفوق ما هم مختلفون فيه، إلا أنّهم يبقون مختلفين في الكثير من الأمور، منها على سبيل المثال الحالة الصحية والنفسية والفيزيولوجية، وبالتالي مزيج الاضطرابات التي يتم علاجها هو من التنوع لدرجة كبيرة. وبالطبع تختلف درجة استجابة الناس لعلاج الصدمات الكهربائية بشكل كبير جدا. بل إن البعض لا يستفيد حتى بعد عشر جلسات في حين أن غيره قد يستفيد من الجلسة الثالثة مثلا.

وعليه فإنّ تأثر الناس بالعلاج يختلف فيما بينهم، على أنّ دراسةً أفضت إلى أنّه أياً كانت مشاكل الذاكرة التي يعاني منها الأفراد موضوع الدراسة، فإنّ قد ذاكراتهم عادت إلى الوضع الطبيعي بشكل كامل خلال ستة أشهر. باستثناء الأفراد الذين لم يستفيدوا بالعلاج بالصدمات الكهربائية، يمكنك القول إن حالتهم منيعة أو عصيّة على هذا النوع من العلاج، فإنهم قد تستمر مشاكلهم مع الذاكرة حتى بعد ستة أشهر، والحق أنه قد يكون الأفراد الذين لم يستفيدوا بهذا العلاج أكثر عرضة من الآخرين لمشاكل الذاكرة هذه، وأنا واحد من هؤلاء الأفراد. (Frith 1983)

[161] لوسيل: عذرا. هلا أخبرتنا ماذا تعني بمشاكل الذاكرة هذه؟ فإنّ كلمة مشاكل هي كلمة فضفاضة.

رجل الكهف: سؤال مهم جدا. إنّ مشاكل الذاكرة هذه التي نتكلم عنها ليست على الإطلاق بمعنى أن الشخص فاقد للذاكرة لا يعرف زيداً من عبيد. لا ولا هي قريبة من هذا المستوى على الإطلاق.

أنا أتحدث عن نسيان الأمور التي حصلت مؤخرا، نسيان مؤقت بحيث تنسين ما الذي عليك فعله الآن، تفكرين مثلا أنك ستتصلين بداني لكن تنسين ذلك بعد قليل، ونسيان أشياء فعلتها من قبل، ونسيان موعد ونحو هذا من الأمور. بالطبع المدى والماهية تختلف من شخص إلى آخر إلا أنه باستثناء الحالات الشديدة لا يوجد نسيان كارثي، أو نسيان يعيق الفرد عن العيش بالصورة الطبيعية.

[162] لوسيل: كيف يعرف الشخص أنّه يستفيد بالعلاج بالصدمات الكهربائية؟

رجل الكهف: إنّني لم أختبر هذا الشعور بنفسي كي أخبرك عنه، لكن أخبرني بعض من جربوه أن الشعور يكون لحظياً وليس بالتدريج. تحوّل من الاكتئاب إلى الوضع الطبيعي. انتقال أشبه ما يكون بالنشوة، بتعبير أحدهم.

دافيد رجل الكهف

لوسيل "مبتسمة": شكراً لك على شرح الأمر لي وتغيير نظرتي لهذا العلاج.

الباب العاشر

اضطراب انزعاج ما قبل الطمث

Premenstrual Dysphoric Disorder

[163] **لوسيل:** لقد تذكرت أنّ إحدى صديقاتي تعاني من اكتئاب يرافق بداية دوراتها الشهرية. ما هو هذا الاكتئاب؟

رجل الكهف: هل تمّ تشخيصها بذلك أم هي تشعر به فحسب؟

لوسيل "بتعجب": لقد تمّ تشخيصها.

رجل الكهف: في هذه الحالة قد يكون ما تعانيه صديقتك هو اضطراب اكتئابي من نوع خاص يسمى *اضطراب انزعاج ما قبل الطمث*.

[164] **لوسيل:** لماذا سألتني إن تمّ تشخيصها أم لا؟

رجل الكهف: لأنّ الكثيرات من النساء يعتقدن أنّهن مصابات بهذا الاكتئاب فور سماعهن به نظراً لما يعانين من أعراض ترافق دوراتهن الشهرية، لكن في الواقع إنّ الحصول على تشخيص بهذا الاضطراب هو من الدقة بمكان يحرم معظم النساء من الحصول عليه.

[165] لوسيل: وكم هي نسبة النساء اللواتي لديهن تشخيص بهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: بين اثنين بالمئة وستة بالمئة فقط من مجمل النساء اللواتي لديهن دورة شهرية حول العالم.

[166] لوسيل "باهتمام": وماهي أعراض هذا الاضطراب؟

رجل الكهف: أعراض اضطراب انزعاج ما قبل الطمث تصنف ضمن مجموعتين:

المجموعة الأولى:

1- عدم استقرارٍ عاطفي ملحوظ. أعني بهذا حصول تبدلات مزاجية غير مبررة، شعور مفاجئ بالحزن، أو الرغبة في البكاء، أو زيادة الحساسية تجاه الرفض.
2- مزاجٌ نزق أو غاضب بشكل ملحوظ. قد يتجلى هذا مثلاً بزيادة الخلافات مع الأشخاص المحيطين.
3- مزاجٌ مكتئب بشكل ملحوظ، أو شعور بانعدام الأمل، أو أفكار انتقاص للذات.
4- قلقٌ وتوتر ملحوظ، و(أو) أن تشعر الفتاة أنها موثقة أو أنها تقف على حافة.

المجموعة الثانية:

1- انخفاض الاهتمام بالأنشطة المعتادة؛ مثل العمل، أو المدرسة، أو رفقة الأصدقاء، أو ممارسة الهوايات.
2- صعوبة في التركيز.
3- الخمول، أو التعب بسرعة، أو نقصان ملحوظ في الطاقة.
4- تغيرٌ ملحوظ في الشهية، أو إفراط في الأكل، أو الرغبة الملحة في طعام

معين.

5- فرطٌ في النوم أو أرق.

6- الإحساس بأن تكون مسحوقة أو فاقدة للسيطرة.

7- وجود أعراض جسدية، كرقة الثديين أو انتفاخهما، أو آلام في المفاصل أو في العضلات، أو شعور بالانتفاخ، أو زيادة في الوزن.

[167] لوسيل: إنَّ معظم هذه الأعراض هي اعتيادية للكثيرات من النساء أثناء الدورة الشهرية. كيف سنعرف أن هذه الأعراض هي أعراض اضطراب انزعاج ما قبل الطمث وليست مجرد أعراض طبيعية مرافقة للطمث؟

رجل الكهف: لا يكفي أن يكون لدى المرأة بعض تلك الأعراض أو حتى كلها كي تحصل على تشخيص اضطراب انزعاج ما قبل الطمث. عليها اجتياز عقبة من المحددات الدقيقة قبل الفوز بهذا التشخيص؛ وهذه المحددات هي على النحو الآتي:

أولاً: يجب أن يتوافر واحد أو أكثر من أعراض المجموعة الأولى بالإضافة إلى واحد أو أكثر من أعراض المجموعة الثانية، بحيث يشكل مجموع الأعراض التي تعاني منها الفتاة خمسة على الأقل.

ثانياً: هذه الأعراض الخمسة -أو أكثر- يجب أن تتواجد في الأسبوع الأخير قبل بداية الحيض. وتكون عادة في أقصى حدتها مع بداية الحيض، ثم تبدأ حدتها بالانخفاض بعد بضعة أيام من ذلك إلى أن تصبح غائبة تماماً، أو على الأقل في حدودها الدنيا، في الأسبوع التالي للحيض. ومن ثم يجب أن تغيب الأعراض تماماً عندما تصل المرأة إلى الطور الجريبي.

ثالثاً: يجب أن تكون هذه الأعراض من الشدة بحيث تؤثر سلباً على الأنشطة الاجتماعية الطبيعية في العمل، أو المدرسة، والعلاقات مع الآخرين؛ كأن تتجنب الفتاة هذه الأنشطة الاجتماعية، أو أن تنخفض إنتاجيتها في أداء

أعمالها المنزلية الروتينية، أو أن تنخفض إنتاجيتها في العمل أو المدرسة.

رابعاً: يجب أن ترافق هذه الأعراض معظم دورات الطمث للسنة السابقة.

خامساً: يجب أن نتأكد من أن هذه الأعراض ليست مجرد تفاقم -مرافق للدورة الشهرية- لأعراض اضطراب آخر كاضطراب الاكتئاب الحاد، أو اضطراب الاكتئاب المستمر، أو اضطراب الهلع، أو اضطراب ما في الشخصية. علماً أنه من الممكن أن يترافق اضطراب انزعاج ما قبل الطمث مع أيّ من هذه الاضطرابات.

سادساً: علينا التأكد أيضاً أن هذه الأعراض لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لتعاطي مادة ما -كالأدوية أو المخدرات- وأنها ليست نتيجة لأي حالة طبية أخرى كفرط نشاط الغدة الدرقية على سبيل المثال.

أخيراً: يتوجب على الفتاة أن تكتب سجلاً يومياً للأعراض التي تعاني منها لمدة دورتين شهريتين مترافقتين مع هذه الأعراض. وبما أن معظم النساء اللواتي يطلبن المساعدة لا يعرفن بوجود هكذا شرط، فإنه غالباً ما تُعطى الفتاة تشخيصاً مؤقتاً بالإصابة باضطراب انزعاج ما قبل الطمث ومن ثم يُطلب منها أن تقوم بهذا التثبت.

[168] دالي: إذن، حتى تُعطى الفتاة تشخيصاً بالإصابة باضطراب انزعاج ما قبل الطمث يجب أن يكون لديها خمسة أعراض من كلا المجموعتين مترافقة مع معظم دورات الطمث لمدة سنة، وقد تم التأكد من بروز هذه الأعراض بشكل يومي لمدة دورتين من دورات الأعراض هذه.

رجل الكهف: هذا صحيح. وموضوع المجموعتين هذا مهمّ جداً؛ فلو تحققت جميع أعراض المجموعة الأولى كلها دون أي عرض من أعراض المجموعة الثانية أو العكس فلن تحصل الفتاة على هذا التشخيص. ليس هذا فحسب، بل إن وجود أعراض فيزيولوجية و(أو) سلوكية مع غياب الأعراض المزاجية و(أو)

القلقية يحرم الفتاة أيضاً من شرف الحصول على هذا التشخيص.

[169] **لوسيل** "ضاحكة": هذا شرحٌ وافٍ.

داني "بلطف": لا بدّ لي من سؤالك كما جرت عادتي عن الاضطرابات التي يشيع ترافقها مع اضطراب انزعاج ما قبل الطمث، لو كان هناك أي منها بالطبع.

رجل الكهف: إنّ اضطراب الاكتئاب الحاد، يا داني، هو أكثر اضطراب يسبق اضطراب انزعاج ما قبل الطمث. وإنّ هناك مجموعة واسعة من الحالات الطبية، الجسدية والنفسية على حدّ سواء، من شأنها جعل فترة ما قبل الطمث أكثر سوءاً منها -على سبيل المثال لا الحصر- الربو، وأنواع الحساسية، والصداع النصفي (الشقيقة)، والاضطرابات الاكتئابية، واضطرابات ثنائي القطب واضطرابات القلق، واضطرابات تعاطي المواد، والشره المرضي العصبي، وغيرها.

[170] **لوسيل** "مقاطعة": وكيف للمرأة أن تميز في هذه الحالة وجود اضطراب انزعاج ما قبل الطمث؟

رجل الكهف: هل نسيتِ يا لوسيل أنه يجب تبدأ حدّة أعراض اضطراب انزعاج ما قبل الطمث بالانخفاض بعد بضعة أيام من بداية الحيض إلى أن تصبح غائبة تماماً، أو على الأقل في حدودها الدنيا، في الأسبوع التالي للحيض. ومن ثم يجب أن تغيب الأعراض تماماً عندما تصل المرأة إلى الطور الجريبي؟

لوسيل "بدهشة": كلا لم أنسَ.

رجل الكهف: إذا لم يحصل هذا فإن اضطراب انزعاج ما قبل الطمث غير موجود، ببساطة. وبنفس المنظور، قد يتم تشخيص اضطراب انزعاج ما قبل الطمث بالإضافة لاضطرابات أخرى إذا، وفقط إذا، كان هذا النمط من بداية حدوث الاعراض، وتزايد شدتها، ومن ثم انخفاضها حتى اختفائها يحصل على الدوام.

[171] لوسيل "مفكرة": لقد فهمتك يا رجل الكهف. إن وجود هذه الدورة الشهرية من الأعراض هي ما يحدد وجود اضطراب انزعاج ما قبل الطمث. الأمر واضح الآن. على أني أتسائل هل هناك عاملٌ وراثي قوي لاضطراب انزعاج ما قبل الطمث؟

رجل الكهف: في الواقع لا يوجد لدينا معلومات موثوقة كافية عن العامل الوراثي لاضطراب انزعاج ما قبل الطمث يا لوسيل، بيد أن وراثة أعراض ما قبل الطمث تتراوح نسبتها ما بين ثلاثين بالمئة إلى ثمانين بالمئة، على أنّ الحالات التي تكون أعراضها الأعلى ثباتاً يقدر فيها العامل الوراثي بنحو خمسين بالمئة.

[172] لوسيل "بحزن": لقد توقعت هذا.

دلني "مقاطعاً": المعذرة يا لوسيل، إني أعتقد أن من المشروع الاعتقاد بأنه لا دخل للعامل الثقافي في تشكيل اضطراب انزعاج ما قبل الطمث كما هو حال العامل الوراثي أليس كذلك؟

رجل الكهف: هذا صحيح. لقد تم تسجيل حالات لاضطراب انزعاج ما قبل الطمث في مختلف الثقافات حول العالم دون وجود أي روابط دالية حتى الآن.

[173] لوسيل: هل يوجد رابط بين المتلازمة السابقة للحيض Premenstrual Syndrome واضطراب انزعاج ما قبل الطمث؟

رجل الكهف: إنّ الأعراض الخمسة اللازمة لتشخيص اضطراب انزعاج ما قبل الطمث هي غير مطلوبة في المتلازمة السابقة للحيض. لا ولا أي أعراض مزاجية أيضا.

[174] لوسيل "بتركيز": أفهم منك إذن أن المتلازمة السابقة للحيض هي أكثر شيوعاً بكثير من اضطراب انزعاج ما قبل الطمث لأن معاييرها أقل بكثير.

رجل الكهف: هذا صحيح نظرياً. فوجود أعراض جسدية أو سلوكية في الفترة السابقة مباشرة للحيض دون ضرورة وجود أعراض مزاجية يطابق على الأرجح معايير تشخيص المتلازمة السابقة للحيض وليس معايير تشخيص اضطراب انزعاج ما قبل الطمث.

وسأضيف لك أنّ الأعراض التي يشترك فيها الاضطرابان تجنح لأن تكون أقلّ حدّة إذا كانت أعراضاً للمتلازمة السابقة للحيض عمّا تكون عليه لدى الفتيات المصابات باضطراب انزعاج ما قبل الطمث.

[175] **لوسيل:** شكراً على التوضيح. لقد فهمت الفرق بين اضطراب انزعاج ما قبل الطمث وبين متلازمة ما قبل الطمث. لكن أخبرني كيف أفرّق بين أعراض اضطراب انزعاج ما قبل الطمث وأعراض عسر الطمث؟

رجل الكهف: لقد سبق لي أن أشرت إلى هذا يا لوسيل. ألا تلاحظين من كلامك أنك تسألين عن اضطراب انزعاج ما قبل الطمث، هذا يعني أنّه، بالضرورة، يبدأ قبل بداية الطمث، وبالضرورة يتطلب تغيراً مزاجيا. فلو لم يتوافر هذان الشرطان لانتفى الانزعاج وانتفى ما قبل الطمث، وبالتالي انتفى وجود الاضطراب.

بينما عسر الطمث يبدأ، بالضرورة، مع الطمث نفسه. وهو لا يتطلب وجود أي تغير مزاجي. هو ببساطة، عسر طمث، آلام نتيجة الطمث.

[176] **لوسيل "بانزعاج بالغ":** ببساطة!

رجل الكهف: المعذرة، لم أقصد الاستخفاف بشدة آلام عسر الطمث التي أعرف أنها تفوق الاحتمال لدى الكثيرات. بيد أن ما رميت إليه هو أن معايير التشخيص أكثر بساطة من تلك المطلوبة لاضطراب انزعاج ما قبل الطمث.

[177] **لوسيل:** لقد فهمتك. إنهما أمران مختلفان، لن أخلط بينهما. عسر الطمث هو آلام لا تبدأ قبل بداية الحيض وليس من الضروري أن تتضمن تغيرات مزاجية.

دافيد رجل الكهف

بينما اضطراب انزعاج ما قبل الطمث يجب أن يبدأ قبل بداية الحيض كما يجب أن يتوافر فيه تغيرات مزاجية.

رجل الكهف: هذا صحيحٌ يا صغيرتي. وبالمناسبة، إنّ من الممكن أن يتماشى الاثنان سوياً في الأيام الأولى للحيض.

[178] لوسيل "وهي تضع يدها على رأسها": لا أريد تخيّل حال تلك المسكينة التي تعاني من اضطراب انزعاج ما قبل الطمث، والذي سيبقى يرافقها عند بداية الحيض مدعوماً بصديقه عسر الطمث. يا لها من مسكينة.

رجل الكهف: وأريد أن أضيف لك ملاحظة صغيرة هنا، بالنسبة للنساء اللواتي يظهرن أعراضاً سابقة للدورة الشهرية متوسطة إلى شديدة وهن يستخدمن علاجاً هرمونياً ما، بما في ذلك وسائل منع الحمل الهرمونية، فإنه في حال بدأت هذه الأعراض بالظهور بعد بدأ تعاطي هذه المواد الهرمونية فإنه من الممكن أن تكون هذه الأعراض نتيجة تعاطي هذه الهرمونات وليست بسبب اضطراب انزعاج ما قبل الطمث.

[179] لوسيل: وماذا لو اختفت الأعراض في حال أوقفت المرأة تعاطي هذه الهرمونات؟ في هذه الحالة لا يمكن تشخيصها باضطراب انزعاج ما قبل الطمث، أنا افهم هذا، لكن ماذا بالنسبة للأعراض التي عانت منها أثناء تعاطي هذه الهرمونات الخارجية؟ هي أعراض اكتئابية أيضاً، أليس كذلك؟

رجل الكهف: بالتأكيد يا عزيزتي، لهذا السبب يوجد تشخيص اكتئابي مخصص لهذه الحالات الاكتئابية التي تتعلق بشكل مباشر بتعاطي مادة ما -كالمواد الهرمونية في هذه الحالة.

الباب الحادي عشر

اضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء

Substance/Medication-Induced Depressive Disorder

داني: لدي سؤالٌ ربما يكون غريباً: هل يمكن للمخدّرات أو الأدوية أن تسبب الاكتئاب؟

رجل الكهف: نعم يحصل هذا. فإن طابقت الحالة معايير التشخيص، فإنّه يتم تشخيصها *باضطراب اكتئابي ناجم عن تعاطي كذا.*

داني "بتعجب": لم أسمع به من قبل. ما هي معايير تشخيصه؟

رجل الكهف: المحدد الأول: اضطراب مميز ومستمر في المزاج بشكل يهيمن على الصورة السريرية. ويوصف كمزاجٍ مكتئبٍ أو نقصانٍ ملحوظ في الاهتمامات أو المتع لكل أو تقريباً كل، الأنشطة.

المحدد الثاني: هناك دلائل من السجل التاريخي، وسجل الفحص العيادي والتحاليل المخبرية على وجود ما يلي:

1 الأعراض في المحدد الأول قد برزت خلال أو مباشرة بعد التسمم بمادة ما أو بعد التعرض لدواء ما أو أثناء فترة الانسحاب.

٢- يجب أن يكون الدواء أو المادة موضع البحث قادرة على اظهار الأعراض في المحدد الأول.

المحدد الثالث: لا يمكن تفسير الاضطراب بواسطة اضطراب اكتئابي غير متعلق بمادة أو دواء. ومن الدلائل على وجود اضطراب كهذا هي، بديهياً، أن تكون الأعراض سابقة لتعاطي دواء أو مادة ما. أو أنّ الأعراض استمرت لفترة كبيرة من الوقت -شهر مثلاً- بعد انقطاع الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد. أو أن تكون هناك أدلة أخرى تفترض وجود اضطراب اكتئابي غير ناجم عن مادة أو دواء، كوجود سجل تاريخي لنوبات متكررة غير متعلقة بمادة أو دواء.

المحدد الرابع: الاضطراب لا يحدث حصرياً خلال حالة هذيان.

المحدد الخامس: كأي اضطراب نفسي، يجب أن يشكّل الاضطراب محنة كبيرة سريرياً أو ضعفاً في الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات النشاط الهامة.

[182] داني: **وهل اسم التشخيص هو اضطراب *اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء*؟ أم أنه يتم تحديد ماهي المادة أو الدواء؟**

رجل الكهف: ملاحظتك حصيفة يا داني. بالطبع يجب تحديد ما هي المادة أو الدواء. علينا استبدال عبارة مادة أو دواء باسم المادة أو الدواء ذي الصلة. فلو كانت الكوكائين، فإن التشخيص يكون: *اضطراب اكتئابي ناجم عن الكوكائين*، وإن كان الكحول هو سبب الاضطراب، فإن التشخيص يكون: *اضطراب اكتئابي ناجم عن الكحول*، وهلم جرا.

وإن كان هناك اضطراب تعاطي فإننا نحدده ونحدد شدته قبل اسم الاضطراب الاكتئابي. كما إن علينا تحديد تاريخ الاضطراب الاكتئابي موضوع البحث أيضا.

هذا وإنّه يجب أن يعطى تشخيص اضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو

دواء عوضاً عن التشخيص *بالتسمم بمادة* أو *انسحاب التسمم بمادة* فقط عندما تكون الأعراض المذكورة في المحدد الأول حادة لدرجة أنها تسيطر على الصورة السريرية وتتطلب العناية العيادية.

[183] لوسيل: لماذا؟

رجل الكهف: إنّ الأعراض الاكتئابية تحدث عادة لدى التسمم بمادة ما أو أثناء فترة انسحاب مادة ما. لهذا السبب، فإن معايير تشخيص *تسمم بمادة محددة*، أو تشخيص *انسحاب مادة محددة* هما كافيان عادة كي يشخصا الأعراض الاكتئابية. وعليه، لا يجب أن يستبدل تشخيص *تسمم بمادة محددة*، أو تشخيص *انسحاب مادة محددة* بتشخيص اضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء إلا عندما يكون هناك مبرر لإضافة التشخيص بالاضطراب الاكتئابي. والمبرر -التقليدي- هو أن تكون الأعراض المزاجية حادّة لدرجة أنها تستدعي عناية طبية خاصة غير تلك التي يتطلّبها الانسحاب عادة.

[184] لوسيل "بحيرة": هل لي بمثال؟

رجل الكهف: إليك هذا المثال يا لوسيل. إنّ المزاج المنزعج هو من السمات الطبيعية لانسحاب الكوكائين. لهذا، لا يجب أن يتم استبدال تشخيص انسحاب الكوكائين بتشخيص اضطراب اكتئابي ناجم عن الكوكائين إلا إذا كان الاضطراب المزاجي قوياً بدرجة تفوق بشكل فادح الدرجة الطبيعية المعتادة بالنسبة للشخص خلال انسحاب الكوكائين، مما يبرر الشك بوجود اضطراب آخر بحاجة إلى النظر فيه منفصلاً عن أعراض الانسحاب التي لابدّ وأن الشخص قد تجاوزها بشكل كبير.

أو أن يكون الاضطراب المزاجي قد دام لفترة أطول مما هو متوقع لكن ليس لأكثر من أربعة أسابيع. فإن استمرت الأعراض لمدة أربعة أسابيع أطول من المدّة المتوقعة لانسحاب مادة ما، فعلينا في هذه الحالة البحث عن

تشخيص باضطراب اكتنابي آخر.

[185] لوسيل: الآن فهمتك. إنّ التشخيص الاكتئابي الذي نحن بصدده يمثل حالة اكتئابية بكل معنى الكلمة. لهذا السبب، إذا لم يكن لدى الشخص ما يمكن اعتباره اكتئاباً سريرياً، فإنه لا يوجد ما يبرر إعطائه تشخيصا باضطراب اكتئابي

رجل الكهف: تحليلك صائب يا لوسيل.

[186] لوسيل "بخجل وسرور": وكم هي المدة التي قد تبقى للمادة فيها تأثير محفز للاكتئاب.

رجل الكهف: سؤالك مشروع لكن لا يمكن اختصار جوابه الدقيق الآن. فالمواد تختلف، والأجساد تختلف، وكثير من العوامل الأخرى تتدخل في هذا، بيد أنّه يمكنني القول إنّه بشكل عام، غالباً ما يكون الاضطراب الاكتئابي قد طوّر خلال ثلاثة أسابيع وسطياً من تعاطي مادة من شأنها أن تفعل هذا.

[187] لوسيل "بابتسامة": شكرا للإجابات والشرح الوافي.

رجل الكهف: لقد تذكرت الآن دراسة تمت فيها مقارنة عينة دالة من المصابين باضطراب الاكتئاب الحاد، وآخرين من المصابين باضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء في الولايات المتحدة الأمريكية، فأظهرت النتائج أن المصابين باضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء يميلون إلى أن يكونوا ذكورا، وأن يكونوا من الأمريكيين القادمين من قارة أفريقيا، ودون تعليم جامعي، وبدون تأمين صحي، وذوي دخل محدود.

وأفضت الدراسة أيضاً إلى أن السلوك المعادي للمجتمع واضطراب تعاطي المواد ينتشران في عائلات المصابين باضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء، أكثر من انتشارهما في عائلات المصابين باضطراب الاكتئاب الحاد. لكن بالمقابل، فإن خسارة أحد أو كلا الوالدين قبل بلوغ الثامنة عشرة هي حالة

تنتشر لدى المصابين بالاكتئاب الحاد أكثر من شيوعها لدى المصابين باضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء.

[188] كما ويميل المصابون باضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء إلى الشعور بانعدام القيمة، والأرق، وفرط النوم، وأفكار عن الموت، ومحاولات انتحار. كما وأن يكونوا قد تعرضوا للتوتر ولأعراض اكتئابية خلال العام السابق للدراسة أكثر من زملائهم ذوي اضطراب الاكتئاب الحاد. بيد أن ذوي الاكتئاب الحاد هؤلاء يعيشون مزاجاً مكتئباً أكثر من المصابين باضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء. (DSM-5 2013: 197)

وبالتالي، إني أخبركما بهذه الدراسة إضافة إلى شرحي السابق لأنني أريد أن أؤكد على أنّ الإصابة بهذا الاضطراب هي ليست بذلك الشيوع الذي قد يوحي به اسم الاضطراب. إنّ عوامل كثيرة تتداخل حتى تشكل مزيجاً قد يتم تجليه كاضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء. إنّ من السخف الاعتقاد بأن أي شخص سيترك تعاطي مادة ما فإنّه سوف يُصاب بالاكتئاب. هذا غير واقعي على الإطلاق، بل هو أبعد ما يكون عن الحقيقة.

داني "ضاحكاً": بالتأكيد إن هذا واضح من شرحك السابق، كما ومن الوضع العام المعروف. إني قد فهمت هذا حتى ولو لم تذكر الدراسة.

[189] لوسيل: هلا أخبرتنا قليلاً عن الاضطرابات التي قد ترافق الاضطراب الاكتئابي الناجم عن مادة أو دواء من فضلك؟

رجل الكهف: بكل سرور. مقارنةً باضطراب الاكتئاب الحاد الغير مترافق مع اضطراب تعاطي المواد، فإن الاضطراب الاكتئابي الناجم عن مادة او دواء لديه نسبة أعلى من الترافق مع مختلف الاضطرابات النفسية. كما أنه يترافق بنسبة أعلى أيضاً مع إدمان القمار، واضطراب الشخصية المرتابة، واضطراب الشخصية التمثيلية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. لكنه، بالمقابل،

يترافق مع اضطراب الاكتئاب المستمر بنسبة أقل من ترافق هذا الأخير مع اضطراب الاكتئاب الحاد غير المترافق مع اضطراب تعاطي المواد.

بالإضافة لما سبق، يا لوسيل، فإن الأفراد المصابين باضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء هم من جهة أكثر عرضة لاضطراب شرب الكحول، ولأي اضطراب تعاطي مادة آخر، كما ولاضطراب الشخصية التمثيلية، من أقرانهم الذين لديهم اضطراب الاكتئاب الحاد مع اضطراب تعاطي المواد، لكنهم من جهة أخرى، كما أشرت آنفاً، أقل عرضةً لتطوير الاكتئاب المستمر.

الباب الثاني عشر

اضطراب اكتئابي ناجم عن حالة طبية أخرى

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition

19] **لوسيل:** لقد شرحت لي مسبقاً كيف أن بعض الحالات الطبية قد تسبب اضطراب تغيرٌ في *الشخصية ناجمٌ عن حالةِ طبيةٍ أخرى*. (رجل الكهف 2019: 149) هل هناك حالات طبية تسبب اضطراباً اكتئابيا؟

رجل الكهف: بالتأكيد يا عزيزتي، وهو بالمثل يسمى اضطراب اكتئابي ناجم عن حالة طبية أخرى.

1] **لوسيل "بحماس":** أخبرني عن أعراضه.

رجل الكهف: **أولاً**، مزاج اكتئابي مميز ومستمر، أو نقص ملحوظ في الاهتمامات أو المتع في كل -أو تقريبا كل- الأنشطة، والتي تسيطر على الحالة السريرية بالطبع.

ثانياً، توافر أدلة من السجل التاريخي، وسجل الفحص العيادي والتحاليل المخبرية على أن الاضطراب هو نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى.

ثالثاً، ألا يمكن تفسير الاضطراب بواسطة أي مرض نفسي آخر كاضطراب

التكيف مترافقاً مع مزاج مكتئب، حيث يكون التوتر حالة طبية جادة.

رابعاً، لا يحدث الاضطراب حصرياً خلال نوبات من الانفعال والهياج.

خامساً، يشكّل الاضطراب محنة كبيرة سريرياً، أو ضعفاً في الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات النشاط الهامة.

[192] داني: كيف لمرض ما أن يسبب الاكتئاب؟

رجل الكهف: تتعدد الطرق والمسببات. خذ على سبيل المثال داء باركنسون، الذي بجانب أعراضه الجسدية المعروفة، فإنه يسبب نقصاً في الدوبامين، وهذا من شأنه تحفيز أعراض اكتئابية -كما شرحت لكما سابقا- وفي حال وصلت هذه الأعراض الى مطابقة الأعراض التي ذكرتها للتو، فعندها يتم التشخيص الاكتئابي الذي نتكلم عنه. (Ossowska & Lorenc-Koci 2013)

[193] داني: هلا أخبرتني عن الأمراض الجسدية التي قد تسبب هذا الاكتئاب؟

رجل الكهف: إنّ قائمة الحالات الطبية التي قيل إنها قد تسبب اكتئاباً حاداً لا تنتهي. والحق أن على الطبيب دراسة كل حالة على حدة وبدقة كي يعطيها هذا التشخيص.

[194] داني "باهتمام": ألك أن تخبرني عن بعضها لو سمحت؟

رجل الكهف: بكل سرور. بجانب داء باركنسون الذي ذكرته للتو، هناك ترافقٌ واضح، كما وبعض الارتباطات مع التشريح العصبي، للاكتئاب مع السكتة الدماغية، والاصابات الدماغية، وداء هنتنغتون، وداء كوشينغ، وقصور الغدة الدرقية، والتصلب اللويحي (التصلب المتعدد) وغيرها. (DSM-5 2013: 181)

[195] لوسيل "بتركيز": أضف لنا المزيد من فضلك.

رجل الكهف: لك هذا. أشارت بعض الدراسات إلى بعض أنواع السرطان مثل

سرطان البنكرياس، وآلام الظهر، والإيدز، وبعض أنواع الاختلالات الهرمونية، والسكري، والألم المزمن، والألم العضلي الليفي، والتعب المزمن. وأمراض دماغية مثل الزهايمر، الشلل الارتعاشي، ونحوها. إضافة إلى الحالات المتعلقة بالأيض مثل نقص فيتامين B12، والربو، وبعض أمراض المناعة الذاتية (المناعة ضد الذات) مثل الذئبة والتهاب المفاصل الروماتويدي، وبعض الأمراض الفيروسية مثل التهاب الكبد، والحمى الغددية (مرض فايفر)، والهربس. كما وبعض الأمراض البكتيرية كالسل، والكثير غيرها من الأمراض الجسدية. فكما قلت قبل قليل، لا يمكن لأحد حصرها على وجه التأكيد. (Hurley ;Patricelli & Lorenc-Kocio 2006 Goodwino 2013 Topic, *et al.*و 2017 2014 Slavich & Irwinو 2004 Capuron &Miller و 2013 Ossowska (2014 Schmidt do Prado-Limaو

[196] داني: ومتى يبدأ الاكتئاب مقارنة ببدء هذه الحالات الطبية؟

رجل الكهف: عادةً ما تحصل بداية نوبة الاكتئاب خلال يوم إلى بضعة أيام من الإصابة الدماغية، وتستمر لنحو تسعة إلى أحد عشر شهراً، على أنّ بعض الحالات شهدت بداية النوبة الاكتئابية بعد أسابيع، بل أشهر أيضا.

والأمر نفسه بالنسبة لداء هنتنغتون حيث يطوّر الاكتئاب في المراحل الأولى من المرض.

[197] داني: هل هذا يعني أنّ جميع المصابين بهذه الأمراض سيصابون بالاكتئاب؟

رجل الكهف: كلا! معظم المصابين بهذه الأمراض لا يطورون اكتئاباً على الإطلاق. في الواقع، الأشخاص الذين عانوا من الاكتئاب -أو من نوبة اكتئاب- سابقاً في حيواتهم، هم عرضة أكثر من غيرهم للإصابة بهذا الاكتئاب الناجم عن المرض، بكمات أخرى، يبدو أنّ هذا الاكتئاب يتطور لدى الأشخاص الذين هم بالأساس لديهم قابلية اكتئابية. (2004 Capuron & Miller)

ليس هذا فحسب، بل إن الدراسات تقترح أيضاً أن الاحتمالية لأن تسبب هذه الأمراض الاكتئاب ليست متساوية، حيث إنّها ترتفع في بعضها كداء باركنســون، وداء هنتنغتون على سبيل المثال، بينما تكون منخفضة في بعضها الآخر. (DSM-5 2013: 181)

[198] **لوسيل**: وماذا عن نسبة إصابة الجنسين بالاضطراب الاكتئابي الناجم عن حالة طبية أخرى؟

رجل الكهف: الذبحة الحمراء هي أكثر شيوعاً بين الإناث، بينما السكتة الدماغية هي نوعاً ما أكثر شيوعاً بين الذكور متوسطي العمر.

داني: هل خطر الانتحار في نوبة اكتئاب حاد

[199] ناجمةٌ عن اضطراب الاكتئاب الحاد يفوق خطر الانتحار في نوبة اكتئاب حاد ناجمة عن حالة طبية أخرى؟

رجل الكهف: في الحقيقة، لا يوجد أدلة من دراسات عيادية تجيب على سؤالك هذا. على أنّه، بالتأكيد، قد تم تسجيل حالات انتحار في نوبات اكتئاب حاد ناجمة عن حالة طبية أخرى. كما أنّ هناك ترافقٌ واضحٌ بين الانتحار ووجود مرض شديد، وعلى وجه الخصوص، مباشرة بعد بداية المرض أو مباشرة بعد التشخيص به. لهذا السبب، فإنّه من الحصافة افتراض أنّ خطر الانتحار في نوبة اكتئاب حاد ناجمة عن حالة طبية أخرى لا يقل عن نظيره في نوبة الاكتئاب الناجمة عن اضطراب الاكتئاب الحاد، بل ربما يفوقه.

داني "بسرور": شكراً للتوضيح.

[200] **لوسيل** "بخجل": لدي فضول، يا رجل الكهف، كي أعرف كيف يمكننا تحديد إن كانت حالة طبية ما قد تسببت بالاضطراب الاكتئابي في حال حصل هذا الترافق بينهما.

رجل الكهف: مع أنّ الأمر معقد، والخبرة الطبية -بكل تأكيد، كما هي دوماً تلعب دوراً مهماً في تحديد هذا الأمر، إلا أنّ هناك ثلاث نقاط رئيسية علينا النظر فيها. وهي:

أولاً، علينا معرفة هل كان هناك نوباتٌ اكتئابية سابقة لبداية المرض.

ثانياً، علينا معرفة احتمالية أن تسبب هذه الحالة الطبية اضطراباً اكتئابياً.

ثالثاً، أن تكون الأعراض الاكتئابية قد بدأت بعد فترة قصيرة من بداية الحالة الطبية أو تدهور هذه الحالة الطبية. كما أنّ دليلاً إضافياً سيدعم التشخيص وهو أن يترافق تحسن الأعراض الاكتئابية بالتزامن مع تحسن الحالة الطبية موضوع البحث.

إنّ مزيجاً من المعلومات التي يتم تجميعها من هذه الزوايا الثلاث هو ما يقرر، يا لوسيل، إن كانت حالة طبية هي السبب في الأعراض الاكتئابية أم لا.

لوسيل "بحياء": أنا شاكرةٌ لكرمك. سأحضّر بعض الشاي.

[201] **داني "مستغرقاً بأفكاره":** يا رجل الكهف! إنّي أعتقد أنّ بداية حالة طبية كهذه الحالات التي نتكلم عنها والتي قد تسبب اكتئاباً ناجماً عن حالة طبية أخرى هو في حدّ ذاته حالة توتر ، أو لنقل إنه يسبب توتراً شديداً، أليس كذلك؟

رجل الكهف: بالتأكيد، إنّه كذلك في الكثير من الحالات.

[202] **داني:** إذن إنّه من الممكن أن يتسبب باضطرابات التكيف، أليس كذلك؟

رجل الكهف: لقد عرفت ما ترمي إليه أيها الشاب النبيه. بالفعل، إنّ هذه الحالات الطبية التي تسبب توتراً كبيراً قد ينتج عنها اضطراب تكيّف أو نوبة اكتئاب حاد. وما يميز بينهما هو شدة وطبيعة الأعراض الاكتئابية التي تظهر على المريض، أو تلك التي يخبر عنها، أو التي تدلّ عليها المعاينة بالإضافة، بالطبع، إلى وجود حالة اكتئابية واضحة.

الباب الثالث عشر

اضطراب اكتئابي محدد آخر

Other Specified Depressive Disorder

[203] رجل الكهف "وهو يحضر بعض البسكويت": نسيت أن أشير، أيها الصاحبان، إلى أنّه قد يحدث أن يتواجد لدى الفرد مزاجٌ مكتئب يشكل محنة سريرية أو عجزاً فادحاً في أداء حياته الاجتماعية أو الوظيفية، بيد أنّه في الوقت عينه لا يتوافر لدى الفرد الأعراض اللازمة لإعطائه تشخيصاً بأي اضطراب اكتئابي مميز.

في هذه الحالة، عندما يرى الطبيب ضرورة إعطاء تشخيص اكتئابي لهذا الشخص، فإن عليه تحديد السبب الذي دفعه إلى عدم إعطاء تشخيص باضطراب اكتئابي محدد.

[204] داني "بتعجب": لم أفهم!

رجل الكهف: على سبيل المثال، قد يكون التشخيص (اضطراب اكتئابي محدد آخر، نوبة اكتئابية قصيرة).

داني "بتركيز": ما هذا التشخيص؟ هل هناك اضطراب اكتئابي غير محدد؟ ما

هي النوبة الاكتئابية القصيرة هذه؟

رجل الكهف: رويدك يا صاح، سأشرح لك.

داني "بحماس": كلي آذان صاغية.

الباب الرابع عشر

نوبة اكتئابية قصيرة

Short-Duration Depressive Episode

[205] رجل الكهف: دعنا نبدأ، يا داني، بالإجابة على سؤالك عن النوبة الاكتئابية القصيرة. من منكما يتذكر عدد الأيام اللازمة كحدٍّ أدنى لطول نوبة الاكتئاب الحاد؟

لوسيل "بحماسها الطفولي": أنا أتذكر. إن مدّة أسبوعين هي شرط لازم لنوبة الاكتئاب الحاد.

رجل الكهف: أحسنت يا لوسيل. إذن، لا يجوز أن نقول عن نوبة اكتئابية مدّتها أقل من خمسة عشر يوماً أنها نوبة اكتئاب حاد، أليس كذلك.

[206] لوسيل "باهتمام": بالطبع.

رجل الكهف: وهنا يأتي دور التشخيص بنوبة اكتئابية قصيرة كي يغطي تلك النوبات الاكتئابية التي مدّتها بين أربعة أيام وثلاثة عشر يوما. لهذا السبب، يا داني، يكون التشخيص *اضطراب اكتئابي محدد آخر، نوبة اكتئابية قصيرة*،

كما أشرت قبل قليل.

داني: وماذا بشأن الأعراض الاكتئابية اللازمة للتشخيص؟

[207] رجل الكهف: هل لازلت تذكر أعراض الزملة الاكتئابية؟

داني "بحماس": بالتأكيد. إنها: (DSM-5 2013: 160-161)

1- مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتئب الذي يتجلى كشعورٍ بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون. قد يفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب.

2- نقصٌ ملحوظٌ في الاهتمام أو الاستمتاع في كل، أو تقريباً كل، النشاطات معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

3- نقصانٌ ملحوظٌ في الوزن دونما اتباع حمية غذائية، أو زيادة في الوزن دونما اتباع نظام غذائي من شأنه أن يفعل هذا. لنقل إن الوزن قد تغير أكثر من خمسة بالمئة في غضون شهرٍ واحد من دون نية لدى الشخص بإحداث هذا التغيير. أو أن يكون هناك زيادةٌ أو نقصانٌ في الشهية تقريباً كل يوم. وفي حالة الأطفال، فإن المعادل لهذا العرض هو ألا يحصل الطفل على زيادة الوزن المتوقعة التي يجب أن تترافق مع نموه.

4- أرقٌ أو فرطٌ في النوم تقريباً كل يوم.

5- هياجٌ نفسيٌ حركي أو خمول تقريباً كل يوم -وليس مجرد الشعور بالتباطؤ أو نفاذ الصبر الذين قد يشعر بهما الشخص نفسه.

6- التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.

7- مشاعر من انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملائم، والذي قد يكون وهماً، تقريباً كل يوم. ولا أعني هنا مجرد التأنيب الذاتي أو الشعور بالذنب لأن الشخص مريض.

8- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو حالة من تعاكس الأفكار، حيث لا يستطيع الإنسان حسم أمره لأنه يقرر الشيء وعكسه في نفس الوقت ويحتار بين البديلين، تقريباً كل يوم.

9- أفكارٌ متكررةٌ عن الموت، ليس الخوف من الموت، بل أفكارٌ انتحارية متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة فعلية للانتحار، أو رسم خطة محكمة للانتحار.

[208] **رجل الكهف**: أحسنت يا داني. الآن، من أجل التشخيص بالنوبة الاكتئابية القصيرة يجب أن يتوافر العرض الأول الذي ذكرته أنت. أعني، مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتئب الذي يتجلى كشعورٍ بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون، والذي قد يفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب، بالإضافة إلى أربعة من الأعراض الثمانية الباقية.

ويجب، بالطبع، أن تشكّل الأعراض محنة سريرية أو عجزاً فادحاً في أداء حياته الاجتماعية أو الوظيفية. كما يجب أيضاً ألا يكون الشخص يطابق معايير أي اضطرابٍ اكتئابي، أو أحد اضطرابات ثنائي القطب -الهوس الاكتئابي- أو أي اضطرابٍ ذهاني، وألا يطابق معايير تشخيص الاكتئاب الموجز المتكرر.

[209] **لوسيل "مقاطعة"**: ما هو الاكتئاب الموجز المتكرر؟ لم تخبرنا عنه من قبل!

رجل الكهف: قبل أن آخذك إلى الاكتئاب الموجز المتكرر، هل فهمت النوبة الاكتئابية القصيرة بشكل جيد؟

[210] **لوسيل**: بالطبع. يجب أن يتوافر العرض الأول من أعراض الزملة الاكتئابية، وهو المزاج المكتئب بالإضافة إلى أربعة من الأعراض الثمانية الأخرى لمدّة أكثر من أربعة أيام وأقلّ من أربعة عشر يوماً.

رجل الكهف: إيجاز شامل تستحقين، بسببه، أن أجيب مطلبك على الفور.

نوبة اكتئابية فعمد

الباب الرابع عشر

لوسيل "بخجل طفولي": شكراً لك.

الباب الخامس عشر

الاكتئاب الموجز المتكرر

Recurrent Brief Depression

[211] رجل الكهف: أخبريني يا لوسيل بأعراض الزملة الاكتئابية كما فعل داني قبل قليل.

لوسيل "بحماس": (DSM-5 2013: 160-161)

1- مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتئب الذي يتجلى كشعورٍ بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون، قد يفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب.

2- نقصٌ ملحوظٌ في الاهتمام أو الاستمتاع في كل، أو تقريباً كل، النشاطات معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

3- نقصانٌ ملحوظٌ في الوزن دونما اتباع حمية غذائية، أو زيادة في الوزن دونما اتباع نظام غذائي من شأنه أن يفعل هذا!. لنقل إن الوزن قد تغير أكثر من خمسة بالمئة في غضون شهر واحد من دون نية لدى الشخص بإحداث

هذا التغيير. أو أن يكون هناك زيادة أو نقصان في الشهية تقريباً كل يوم. وفي حالة الأطفال، فإن المعادل لهذا العرض هو ألا يحصل الطفل على زيادة الوزن المتوقعة التي يجب أن تترافق مع نموه.

4- أرقٌ أو فرطٌ في النوم تقريباً كل يوم.

5- هياج نفسي حركي أو خمول تقريباً كل يوم -وليس مجرد الشعور بالتباطؤ أو نفاذ الصبر الذين قد يشعر بهما الشخص نفسه.

6- التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.

7- مشاعر من انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملائم، والذي قد يكون وهماً، تقريباً كل يوم. ولا أعني هنا مجرد التأنيب الذاتي أو الشعور بالذنب لأن الشخص مريض.

8- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو حالة من تعاكس الأفكار، حيث لا يستطيع الإنسان حسم أمره لأنه يقرر الشيء وعكسه في نفس الوقت ويحتار بين البديلين، تقريباً كل يوم.

9- أفكارٌ متكررة عن الموت، ليس الخوف من الموت، بل أفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة فعلية للانتحار، أو رسم خطة محكمة للانتحار.

[21] **رجل الكهف**: جيد جداً. إن الاكتئاب الموجز المتكرر، يا لوسيل، يصف التواجد المزمن للمزاج المكتئب -العرض الأول من أعراض الزملة الاكتئابية- بالإضافة إلى أربعة من الأعراض الثمانية الأخرى على الأقل، لمدة محصورة بين يومين إلى ثلاثة عشر يوماً، على الأقل لمرة واحدة كل شهر -دون أن تكون مرتبطة بدورة الطمث- لمدة اثني عشر شهراً متتالياً على الأقل، في فرد لا تنطبق عليه معايير أي اضطراب اكتئابي آخر، أو أي من اضطرابات ثنائي القطب -ذهان الهوس الاكتئابي- ولا يطابق معايير تشخيص اضطراب ذهاني حالي، أو حتى أي أعراض متبقية من اضطراب ذهاني سابق.

لوسيل "بشيء من الارتباك": دعني أعيد ما فهمته منك.

[213] رجل الكهف: تفضلي.

لوسيل: معايير تشخيص الاكتئاب الموجز المتكرر.

1- توافر العرض الأول من أعراض الزملة الاكتئابية.

2- توافر أربعة من الأعراض الثمانية الباقية.

3- النوبة بين يومين إلى ثلاثة عشر يوما.

4- نوبة واحدة كل شهر على الأقل.

5- نوبة واحدة شهرياً لمدة سنة على الأقل.

6- غير مرتبطة بالدورة الشهرية.

7- لا يوجد أي اضطراب اكتئابي آخر، أو اضطراب ذهاني، أو أحد اضطرابات ثنائي القطب.

رجل الكهف: كلامك صحيح يا عزيزتي.

الباب السادس عشر

نوبة اكتئابية مع أعراض غير كافية

Depressive Episode with Insufficient Symptoms

[214] داني: مهلاً يا رجل الكهف. إنّي فهمت أن نوبة الاكتئاب الموجز المتكرر يجب أن تمتدّ ما بين يومين إلى ثلاثة عشر يوماً. وبالمثل نوبة الاكتئاب القصيرة يجب أن تكون أكثر من أربعة أيام وأقلّ من أربعة عشر يوما. أما نوبة الاكتئاب الحاد فيجب أن تمتد لأسبوعين على الأقل. هل هناك محددات أخرى لنوبات اكتابية أخرى؟

رجل الكهف: بالطبع يا داني، هناك معايير أخرى، خذ على سبيل المثال التشخيص باضطراب اكتئابي ذي نوبة اكتئابية مع اعراض غير كافية.

داني "بتعجب": هل تقصد أن التشخيص هو اضطراب اكتئابي محدد آخر، نوبة اكتئابية مع أعراض غير كافية؟

[215] رجل الكهف: بالضبط.

داني "بحماس": أخبرني عن معايير تشخيصه.

رجل الكهف: يجب أن يتوافر العرض الأول من أعراض الزملة الاكتئابية وهو مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتئب يتحلى كشعورٍ بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون. ويفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب. بالإضافة إلى واحد على الأقل من الأعراض الثمانية الباقية، وهي:

2- نقصٌ ملحوظٌ في الاهتمام أو الاستمتاع في كل، أو تقريباً كل، النشاطات معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

3- نقصانٌ ملحوظٌ في الوزن دونما اتباع حمية غذائية، أو زيادة في الوزن دونما اتباع نظام غذائي من شأنه أن يفعل هذا. لنقل إنّ الوزن قد تغير أكثر من خمسة بالمئة في غضون شهر واحد من دون نية لدى الشخص بإحداث هذا التغيير. أو أن يكون هناك زيادة أو نقصان في الشهية تقريباً كل يوم. وفي حالة الأطفال، فإن المعادل لهذا العرض هو ألا يحصل الطفل على زيادة الوزن المتوقعة التي يجب أن تترافق مع نموه.

4- أرقٌ أو فرطٌ في النوم تقريباً كل يوم.

5- هياجٌ نفسيٌ حركي أو خمول تقريباً كل يوم -وليس مجرد الشعور بالتباطؤ أو نفاذ الصبر الذين قد يشعر بهما الشخص نفسه.

6- التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.

7- مشاعر من انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملائم، والذي قد يكون وهماً، تقريباً كل يوم. ولا أعني هنا مجرد التأنيب الذاتي أو الشعور بالذنب لأن الشخص مريض.

8- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو حالة من تعاكس الأفكار، حيث لا يستطيع الإنسان حسم أمره لأنه يقرر الشيء وعكسه في نفس الوقت ويحتار بين البديلين، تقريباً كل يوم.

9- أفكار متكررة عن الموت، ليس الخوف من الموت، بل أفكارٌ انتحارية

متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة فعلية للانتحار، أو رسم خطة محكمة للانتحار. (DSM-5 2013: 160-161)

يجب أن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل. ويجب، بالطبع، أن تشكل هذه الأعراض محنة سريرية أو عجزاً فادحاً في أداء الفرد في حياته الاجتماعية أو الوظيفية. كما يجب أيضاً ألا يطابق الشخص معايير أي اضطراب اكتئابي، أو أحد اضطرابات ثنائي القطب -الهوس الاكتئابي- أو أي اضطراب ذهاني، وألا يطابق معايير أعراض اضطراب القلق والاكتئاب المختلط. Mixed Anxiety-Depressive Disorder (MADD)

[216] لوسيل "بدهشة": ما هو هذا الاضطراب؟ لم أسمع به من قبل!

داني: انتظري يا لوسيل، إنني لا زلت انتظر الإجابة على سؤالي عن وجود اضطرابات اكتئابية غير محددة. لقد سألت عنها قبلك، فيجب أن أحصل على الإجابة قبلك.

رجل الكهف: أيها المشاكس. إنك لم تنسَ!

داني: كلا بالطبع لم أنسَ.

[217] رجل الكهف: إذن أخبرني هل وعيت ما هي النوبة الاكتئابية مع أعراض غير كافية، بما أنها تشخيص اكتئابي محدّد قبل أن أخبرك عن ذلك الغير محدد.

داني "بنشوة": الأمر بسيط يا رجل، إنها مثل نوبة الاكتئاب الحاد لكنها بدل توافر خمسة أعراض من أعراض الزملة الاكتئابية، فإنه يكفيها عرضان فقط.

رجل الكهف: ولو أنّ تلخيصك هذا مخل، إلا أني أقبله كموجز مبسط.

داني "بفخر": إنّي أنتظر جائزتي إذن.

الباب السابع عشر

اضطراب اكتئابي غير محدد

Unspecified Depressive Disorder

[218] رجل الكهف: نعم يا داني، بالفعل، يوجد تشخيص اضطراب اكتئابي غير محدد. وهو مخصص للحالات التي يتوافر فيها أعراض اكتئابية تشكل محنةً سريرية أو عجزاً فادحاً في أداء الفرد في حياته الاجتماعية أو الوظيفية، لكنها في الوقت عينه لا تطابق معايير تشخيص أي اضطراب اكتئابي محدد، تماماً كما هو الحال بالنسبة للتشخيص باضطراب اكتئابي محدد آخر.

بيدَ أنّه في بعض الأحيان لا يقوم الطبيب بتحديد السبّب الذي جعل التشخيص لا يطابق معايير تشخيص أي اضطراب اكتئابي محدد، بل قام بوضع ملاحظة عامة لا يمكن من خلالها معرفة السبب. في هذه الحالة لا نستطيع أن نقول إن الاضطراب الاكتئابي محدد. في هذه الحالة يكون التشخيص اضطراب اكتئابي غير محدد.

[219] داني: إذن على سبيل المثال، إن طابق شخص معايير تشخيص نوبة اكتئاب حاد، ومن ثمّ اضطراب الاكتئاب الحاد، فإنّه بالتأكيد سيحصل على تشخيص

بالاكتئاب الحاد. أما لو أن النوبة لم تطابق نوبة الاكتئاب الحاد، فمن الممكن أن تكون نوبة اكتئابية مع أعراض غير كافية. لكن بما أنّ الأعراض غير كافية، فإنّ التشخيص لا يمكن أن يكون اضطراب الاكتئاب الحاد -وإن لم يطابق معايير تشخيص غيره- فقد يعطي الطبيب في هذه الحالة تشخيصاً باضطراب اكتئابي محدّ د آخر، متبوعاً بسبب عدم إعطاء التشخيص المحدد، وهو في هذه الحالة نوبة اكتئابية مع أعراض غير كافية. أما لو أن الطبيب لم يحدّد لماذا لم يتم إعطاء المريض تشخيصاً محدداً فهذا يعني أنّ الشخص لم يطابق معايير تشخيص أيّ اضطرابٍ اكتئابي محدد، لكننا في الوقت عينه لا نعرف على وجه الدّقة لماذا، وبالتالي فإنّنا والحالة هذه سنقول إن الشخص لديه اضطراب اكتئابي غير محدد.

رجل الكهف: هذا تلخيصٌ جيّد يا داني.

الباب الثامن عشر

اضطراب اكتئابي مع انزعاج قلقي

Depressive Disorder with Anxious Distress

[220] داني: لقد فهمت منك أنه يشيع ترافق أعراض القلق، بشكل عام، مع مختلف أنواع الاضطرابات الاكتئابية، أليس كذلك؟

رجل الكهف: نعم يا داني، هذا صحيح. لكن لا يقف الأمر هنا فحسب، فإنّ الانزعاج القلقي هو سمةٌ بارزة في الاكتئاب ثنائي القطب أيضاً كما هو عليه في الاكتئاب أحادي القطب (الاكتئاب الذي نتحدث عنه اليوم) وسواء في العناية الأولية أو عيادات الصحة النفسية المتخصصة. أضف إلى هذا ارتباط المستويات العالية من القلق مع ارتفاع خطر الانتحار من جهة، ومع مدة أطول للمرض من جهة أخرى، كما وزيادة احتمالية عدم الاستجابة للعلاج من جهة ثالثة.

لهذه الأسباب، يا داني، من المفيد عيادياً تحديد وجود انزعاج قلقي ومستوى شدته بدقة وهذا كي يتمّ التخطيط للعلاج بناءً على هذا التحديد، وبالتالي مراقبة استجابة المريض للعلاج في ضوء هذا.

[221] داني "مقاطعا": كيف يتمّ تحديد وجود القلق هذا؟

رجل الكهف: في الحقيقة، يا داني، يجب تحديد وجود هذا القلق أثناء التشخيص في حال حقق وجوده معايير التشخيص الخاصة به.

داني "بتعجب": ماذا تقصد؟ ما هي هذه المعايير؟

رجل الكهف: إن الانزعاج القلقي الذي يجب تحديده عند التشخيص بأي اضطراب اكتئابي يجب أن يتوافر فيه، لمعظم أيام نوبة الاكتئاب الحاد أو اضطراب الاكتئاب المستمر، عرضان على الأقل من الأعراض التالية:

1- الشعور بالتوتر أو التقييد.
2- الشعور بضيق الصدر بشكل غير اعتيادي.
3- صعوبة في التركيز بسبب القلق.
4- الخوف من أن هناك شيئاً مريعاً سوف يحدث.
5- شعور الشخص بأنه قد يفقد السيطرة على نفسه.

داني "بسرور": هذه محددات واضحة. لكنك أشرت إلى تحديد شدة الانزعاج القلقي أيضاً، أليس كذلك؟

رجل الكهف: بالتأكيد يا داني، كدت أتحدث عنها الآن لو لم تقاطعني.

[222] داني "بخجل": المعذرة.

رجل الكهف: إذا توافر لدى الشخص عرضان فقط من الأعراض الخمسة هذه -والذي هو الحد الأدنى اللازم لتحديد وجود الانزعاج القلقي- فإن حدة هذا الانزعاج خفيفة.

أما إذا توافر ثلاثة أعراض، فإن الانزعاج القلقي ذو شدة متوسطة.

والتي سوف تصبح متوسطة-شديدة الحدة، بالطبع، عندما تحتوي على أربع أعراض من الأغراض الخمسة أو جميعها.

وإذا أضيف الهياج الحركي إلى هذا المزيج الرباعي أو الخماسي من الأعراض، فإن توصيف حدتها سيكون: شديدة.

[223] داني "بحماس": لم أسمع بوجود هكذا محددات من قبل، إنها بالفعل هامة جداً في التشخيص، لأن هذه المحددات لم تتوافر في معايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية التي أخبرتنا بها.

رجل الكهف: بالطبع لن تجدها ضمن معايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية لأنها ليست معايير تشخيص للاضطراب الاكتئابي بحد ذاته، وإنما، إن أمكنني القول، هي سمات أو ملامح أو مظاهر أو خصائص أو مميزات لاصقت الأعراض الاكتئابية التي هي لازمة للتشخيص بالاضطراب الاكتئابي.

داني: بما أننا نتكلم عن القلق، ماذا عن نوبات الهلع؟ هل ترافق نوبات الهلع الاضطرابات الاكتئابية أيضا؟

الباب التاسع عشر

نوبة الهلع

Panic Attack Specifier

[224] **رجل الكهف**: بالتأكيد، يا داني. نوبات الهلع قد تحدث في سياق أيّ اضطراب قلق أو أيّ اضطرابٍ اكتئابي، أو أيّ من اضطرابات تعاطي المواد، أو اضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) وغيرها من الاضطرابات النفسية، ناهيك عن بعض الحالات الصحية الأخرى في القلب أو الجهاز التنفسي، أو الجهاز الهضمي ونحوها.

داني: في هذه الحالة إذن، يكون التشخيص الاكتئابي، بما أننا مهتمون بالاكتئاب الآن، *اضطراب اكتئابي* مع *نوبة هلع*، أليس كذلك؟

رجل الكهف: بالضبط.

[225] **لوسيل**: ما هي نوبة الهلع من وجهة النظر الطبية؟ ما هي معاييرها ومحدداتها؟

رجل الكهف: نوبة الهلع، يا لوسيل، هي ارتفاع مفاجئ لخوف حاد أو عدم

ارتياح شديد والذي يبلغ ذروته في غضون بضع دقائق. وخلال هذا الوقت يجب أن يحصل أربعة على الأقل من الأعراض التالية حتى يكون لهذا الارتفاع المفاجئ بالخوف أو عدم الارتياح ما يؤهله للحصول على مسمى نوبة هلع. وهذه الأعراض هي:

1- تزايد سرعة دقات القلب أو خفقان في القلب.
2- التعرق.
3- الارتعاش أو الارتجاف.
4- الشعور بانقطاع النفس أو كأن أحداً يخنقه.
5- ألم أو انزعاج في الصدر.
6- شعور بالاختناق.
7- غثيان أو انزعاج في البطن.
8- الشعور بالدوار أو الاغماء أو عدم الثبات أو خفة الرأس.
9- شعور بالقشعريرة أو، على العكس، بالحرارة.
10- إحساس بالتنميل أو الوخز.
11- شعور بالانفصال عن الواقع -تبدد الواقع- أو شعور الشخص بالانفصال عن نفسه -تبدد الشخصية.
12- الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
13- الخوف من الموت.

ويجب الانتباه، يا لوسيل، إلى احتمالية أن تكون أي من الأعراض مرتبطة بالثقافة المحلية الخاصة بالفرد كالعويل الخارج عن السيطرة أو ألم الرأس، أو البكاء، أو طنين الأذان، أو آلام الرقبة، الى آخره. لأنّه، كما هو الحال مع جميع الاضطرابات النفسية، أي أعراض توافق السياق الثقافي للفرد في مثل تلك المواقف -نوبة الهلع في هذه الحالة- لا يجوز اعتبارها من أعراض التشخيص -الأعراض الأربعة المطلوبة هنا.

[226] لوسيل: نعم إني أتذكر هذا.

داني: هل يحصل هذه الارتفاع المفاجئ للخوف الحاد أو عدم الارتياح الشديد والذي يبلغ ذروته في غضون بضع دقائق انطلاقاً من حالة طبيعية، من ناحية القلق، أم أنها يجب أن تتطور من حالة قلق سابقة عليها؟

رجل الكهف: سؤال حذق يا داني. في الواقع، إن الأمرين يحصلان. لا يشترط وجود نوبة قلق كي تنطلق منها نوبة الهلع. فإن هذه الأخيرة قادرة على الانطلاق من حالة طبيعية، وبنفس الفعالية تقريبا.

[227] داني "مفكرا": هذا يعني أن بداية نوبة الهلع هو على وجه التحديد لحظة بداية هذا الارتفاع القلقي المفاجئ وليست تلك اللحظة التي قد بدأت تتطور عندها مشاعر القلق.

رجل الكهف: هذا صحيح وهو واضح من معايير التشخيص يا عزيزي.

[228] لوسيل "مقاطعة": وماذا عن نهاية نوبة الهلع؟ إلى أيّ حالة يعود الشخص بعدها؟

رجل الكهف: تماماً كبدايتها، فإن نهاية نوبة الهلع قد ترجع بالشخص إلى مستوى أقل من القلق، أو أن تعود به إلى حالة يغيب فيها القلق.

[229] لوسيل "باهتمام": وهل تعاود الهجوم من جديد رافعةً القلق إلى المستوى الأعظم مرةً أخرى أم لا؟

رجل الكهف: قد يحصل أيّ من الأمرين يا عزيزتي.

داني: ماذا لو طابقت حالةٌ ما جميع معايير تشخيص نوبة الاكتئاب بيدَ أنها لم تطابق أربعة أعراض من تلك الثلاثة عشر؟ في هذه الحالة لا يجوز تسميتها بنوبة هلع، بيدَ أنها، في واقع الأمر، قريبة جداً منها!

رجل الكهف: لهذا السبب نسمي هذه الحالة نوبةً *بأعراض محدودة*.

[230] لوسيل: بما أن نوبات الهلع قد تنطلق من حالة تخلو من القلق، فهل هذا يعني أنه لا يمكن التنبؤ بنوبات الهلع؟

رجل الكهف: مرة أخرى، يجوز الوجهان. في بعض نوبات الهلع يكون المسبب واضحاً، حيث يتكررُ ترافق نوبات الهلع مع هذا المسبب، لنقل مثلاً إلقاء خطاب أمام جمهورٍ غفير. وهذه تسمى *نوبات هلع متوقعة*.

أما في حالات أخرى فإن نوبات الهلع تحدث بتواتر غير مرتبط مع أي مسببٍ بشكل واضح، بل إنها قد تحدث ليس فقط أثناء الاسترخاء الكامل للشخص، بل قد تحدث أيضاً أثناء النوم حيث يستيقظ الشخص وهو في حالة هلع من دون وجود أي مسببٍ لهذا بالطبع، مثلاً لا يوجد كابوس قوي سبب حالة الهلع هذه ولا صوت مفاجئ سبب الاستيقاظ بهذا الفزع، الى آخره. هذه النوبات التي يستيقظ فيها الشخص وهو في حالة ذعرٍ تسمى *نوبات الهلع الليلي*، كما أن هذه النوبات التي تحصل بشكل عام دون إمكانية ربطها بمحفزٍ تسمى *نوبات هلع غير متوقعة*.

[231] داني: أعتقد أنّ الإناث أكثر عرضةً لنوبات الهلع من الذكور، أليس كذلك؟

رجل الكهف: في الواقع يبدو أنّ هذا هو الحال، لكن في حقيقة الأمر إنّ هذا التباين بين الجنسين هو أكثر وضوحاً في اضطراب الهلع منه في نوبات الهلع المنفردة. لكني بالطبع لن أبحث اضطراب الهلع الآن.

[232] لوسيل "بعيون لامعة": أرجوك أخبرني عنه بكلمتين فقط، فأنا أنثى وأريد أن أعرف أكثر.

رجل الكهف: بكلمتين! يتمثل بحدوث نوبات هلع متكررة على أن يتبع نوبة هلع من هذه التي نتكلم عنها، ولمدة شهر على الأقل، خوف متواصل من

تكرار النوبة أو تكرار أعراضها و(أو) أن يتبعها، ولمدة شهر على الأقل أيضاً.
قيام الشخص بتغييرات سلوكية جذرية في محاولة تجنب تكرار نوبة الهلع.
هذا هو اضطراب الهلع بكلمتين، وليس كشرح كامل. (DSM-5 2013: 208)

[233] لوسيل "بسرور": شكراً لك، يكفيني هذا الآن ريثما نبحث اضطرابات القلق.

رجل الكهف: أريد أن أضـيف إلى أنّه على الرغم من وجود تباينٍ في نسـبة الإصابة بنوبات الهلع بين الجنسين، إلا أنّه لا يوجد اختلاف في أعراض نوبات الهلع بين الجنسين.

[234] داني: شكراً على الإضافة. أخبرني من فضلك، في أيّ عمرٍ تبدأ نوبات الهلع؟

رجل الكهف: بحسب السجلات في الولايات المتحدة الأمريكية، فإن نوبات الهلع تبدأ بشكل عام في بدايات العشرينات -بين اثنين وعشرين سنة وثلاثة وعشرين سنة على وجه التقريب. وإنّه من النادر أن تصيب الأطفال نوبات هلع، بيد أنّ الاحتمالية ترتفع بشكلٍ كبير بدءاً من سنّ البلوغ. وبالمناسبة، إنّ هؤلاء المراهقين يبدون أقل انفتاحاً من البالغين لمناقشة نوبات الهلع التي تصيبهم بالرغم مما يعانونه بسببها.

[235] داني: وماذا عن الكبار في السن؟

رجل الكهف: في الحقيقة، لا تشيع نوبات الهلع بين الأفراد المتقدمين في السن كما هي بين الأفراد الأصغر سنا.

[236] داني "باهتمام": لماذا؟

رجل الكهف: قد يكون سبب هذا هو ضعف ردود الأفعال التلقائية للمواقف العاطفية -أو ذات التأثير النفسي- لدى هؤلاء الأفراد المتقدمين بالسن مقارنةً بما هي عليه لدى الشباب.

[237] **لوسيل** "مقاطعة": يبدو هذا منطقياً جداً.

رجل الكهف: إنّ كونه منطقي -كأي شيء آخر- لا يعني أنّه التفسير الصحيح. لكنه يرفع من احتمالية أن يكون كذلك.

[238] **لوسيل** "مبتسمة": بالطبع أعرف هذا.

رجل الكهف: سأزيدك، يا لوسيل، أنّ الأفراد المتقدمين بالسن يجنحون إلى وصف مشاعر نوبات الهلع بعدم الراحة وميالون إلى الإقلال من وصفها بمشاعر خوف. أما أولئك الذين لديهم مشاعر قلق لأنهم قد يكونون في واقع الأمر يعانون من نوبات بأعراض محدودة -أي أقلّ من أربعة كما أخبرتك يا داني- بالإضافة إلى قلق عام.

إضافة إلى هذا، فإن الأفراد المتقدمين في السن يجنحون إلى ربط نوبات الهلع مع مواقف معينة، كبعض المواقف الاجتماعية أو الحالات الطبية على سبيل المثال. بل أكثر من هذا، حتى في حالة تلك النوبات غير المتوقعة -أي غير المرتبطة بمسبب معروف كما شرحت لك يا لوسيل- فإن الأفراد المتقدمين في السن يجنحون إلى محاولة ربطها بأحداث سابقة للنوبة.

داني "بسرور": هذه إجابةٌ وافيةٌ جدا.

[239] **لوسيل**: ما هي مدّة نوبة الهلع على وجه التقريب؟

رجل الكهف: قد تمتد نوبة الهلع ما بين عشر ثوان إلى أربع ساعات، على أن ثلاثين دقيقة هو المعدل الوسطي لطول نوبة الهلع، قبل أن تبدأ بالانسحاب التدريجي تاركةً الشخص في حالة إنهاك تام (Bandelow 2014: §1.1).

لوسيل "بذعر": هذا مرعب حقا.

[240] **داني**: هل وجود اضطرابات نفسية أخرى أو مواقف مسببة للتوتر يرفع من احتمالية تطوير نوبات هلع، يا رجل الكهف؟

رجل الكهف: بالتأكيد، إنّ سلسلة نوبات الهلع قد تكون محفزة بواسطة اضطراب نفسي أو بسبب مواقف في الحياة تسبّب التوتر. والحق أن معظم الأشخاص الذين تعرضوا لنوبات هلع كانوا قادرين على تحديد مسببات بيئية للتوتر خلال الأشهر الأخيرة قبل تطويرهم لأول نوبة هلع.

[241] لوسيل "مقاطعة": مؤثرات بيئية مثل ماذا؟

رجل الكهف: توتر بسبب علاقات شخصية، توتر بسبب الدراسة أو العمل. وفاة شخص عزيز. مشكلة أسرية، أمراض عضوية، تجارب سلبية في الحياة، الى آخر ما هنالك. إنّ التعرض لتجارب ذات مشاعر سلبية، يا لوسيل، كما والحساسية تجاه القلق يرفعان من احتمالية حصول نوبات هلع.

وبالطبع، فإن التعرض لنوبات هلع محدودة الأعراض يرفع من احتمالية حصول نوبات هلع كاملة الأعراض في المستقبل. وإنّ التعرض لنوبات هلع كاملة الأعراض يرفع أيضاً من احتمالية تطوير اضطرابات القلق، أو الاضطرابات الاكتئابية، أو اضطرابات ثنائي القطب وغيرها.

[242] لوسيل: يبدو هذا كتأثير حجارة الدومينو. على أنّي أفكر، هل نوبات الهلع المرافقة لحالات طبيّة أخرى تكون أكثر سوءاً من تلك التي لا ترافق حالات طبية أخرى؟

رجل الكهف: في الحقيقة إنّ نوبات الهلع التي تحدث في سياق اضطرابات نفسية أخرى، بما فيها اضطرابات القلق، واضطرابات ثنائي القطب، والاضطرابات الاكتئابية، واضطرابات تعاطي المواد، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات الذهانية، تكون مترافقةً مع أعراض أكثر حدّة، ومع نسبٍ أعلى لمرافقة اضطرابات أخرى ولوجود نزعة انتحارية إضافةً إلى استجابة ضعيفة للعلاج.

هذا وإنّ نوبات الهلع التي ترافق وجود حالة مرضيّة أكثر ضخامة -من

مثل وجود إعاقة أو اعتلال في الصحة أو حياة ذات مستوى رديء جدا- غالباً ما تكون نوبات هلع كاملة الأعراض -أربعة أعراض أو أكثر- وليس نوبات هلع محدودة الأعراض -أي أقل من أربعة أعراض.

[243] داني: بما أنك تشير إلى الأعراض، فإني أتسائل فيما لو كانت نوبة الهلع كاملة الأعراض، بيدَ أنها لم تنطلق مرتفعةً إلى ذلك المستوى العالي من الخوف أو الانزعاج بسرعة؟

رجل الكهف: هل هناك هلع دون هلع؟ قد تكون هذه أي نوبة عاطفية أخرى كالحزن، أو الغضب أو غيرهما، لكنها لن تكون نوبة هلع -حتى ولو اشتملت على أربعة أعراض أو أكثر من أعراض نوبة الهلع.

[244] لوسيل: وهل يؤثر تعاطي بعض المواد كالكحول أو المخدرات او الأدوية في احتمالية حصول نوبة هلع أو في شدتها؟

رجل الكهف: كفانا حديثاً عن نوبة الهلع، نحن نتحدث اليوم عن الاضطرابات الاكتئابية وليس اضطرابات القلق. لقد أخبرتكما بأكثر مما يلزم عن نوبة الهلع التي قد ترافق الاضطرابات الاكتئابية.

[245] لوسيل "بخجل": هذا صحيح.

رجل الكهف: أعتقد أنكما الآن تفهمان بشكل جيد ما هي نوبة الهلع، وبالتالي إذا حصلت نوبة الهلع هذه أثناء سياق اضطراب اكتئابي فإن التشخيص سيشير إليها، وبالتالي سيكون لدينا اضطرابٌ اكتئابي مع نوبة هلع. هذا يكفي الآن.

داني "بابتسامة رضا": نعم لقد أجبت على سؤالي إجابةً وافيةً. لك جزيل الشكر.

الباب العشرون
اضطراب اكتئابي مع ملامح مختلطة
Depressive Disorder with Mixed Features

[246] رجل الكهف: لقد أخبرتكما من قبل أنّ جميع الاضطرابات الاكتئابية التي نحن بصددها في حوارنا اليوم تتعلق بما يسمى، اصطلاحاً، الاكتئاب أحادي القطب، وهذا كي يتم تمييزها عن الاكتئاب ثنائي القطب.

داني "بتركيز": نعم، إنّي أتذكر هذا.

[247] رجل الكهف: كاضطراب في المزاج، إنّ الاكتئاب الذي نتحدث عنه اليوم، كما هو واضح، محصورٌ في توجهه إلى جهة واحدة من المزاج، وهي المزاج المكتئب. بكلمات أخرى، نحن نتعامل اليوم مع الحالات المزاجية التي هي أدنى من المزاج الطبيعي وصولاً إلى قعر سوء المزاج في نوبات الاكتئاب الحاد. لهذا السبب يسمى، أحادي القطب.

الجهة الأخرى من الحالة المزاجية، هي تماماً بعكس الاكتئاب، أو بتعبير آخر، الحالات المزاجية التي هي أعلى من المزاج الطبيعي، تمثّل القطب الآخر للمزاج، والذي يسمّى الهوس. وبين هذا وذاك، نجد المزاج الطبيعي يتربع

محتلاً المنطقة الوسطى من الحالة المزاجية.

وبالتالي، فإن الاضطرابات التي تصف المزاج الذي يبقى محصوراً في تقـ...
بين المنطقة الوسطى والدنيا، نسميها اضطرابات الاكتئاب أحادي القطب. ...
تلك التي تتعامل مع التقلبات المزاجية بين المنطقتين الدنيا والعليا -بين قطبي
المزاج- تسمى اضطرابات ثنائي القطب.

[248] لوسيل "مقاطعة": وماذا بشأن المزاج الذي يبقى محصوراً في تقلباته بين
المنطقة الوسطى والقطب الأعلى للمزاج، أقصد بين الحالة الطبيعية والهوس؟

رجل الكهف: هذا سيكون تشخيصاً باضطراب ثنائي القطب أيضاً. بيد أني لا
أريد أن أنزلق وراء إغراء الحديث عن اضطراب ثنائي القطب الآن قبل أن
ننهي حديثنا عن أخيه الأصغر -الاكتئاب أحادي القطب.

[249] لوسيل: معك حق.

رجل الكهف : ما يهمني الآن، يا لوسيل، هو الإشارة إلى أنّه ليس بالضرورة أن
يبقى المزاج إما حبيس أحد القطبين أو متنقلاً بينهما كالبندول. بل إنّ هناك
الكثير من التوليفات والتفاصيل في هذا السياق سأترك الحديث عنها لوقت
لاحق في حال تحدثنا عن اضطرابات ثنائي القطب.

[250] لوسيل "مقاطعة": إنّي أتوق للحديث عن هذا.

رجل الكهف: سنفعل. لكن ركزي معي الآن، وهنا. قد يحصل أن يحتوي المزاج
على عناصر من القطبين في نفس الوقت، وأنا لا أعني مزاجاً متوسطاً بين
القطبين، لأنّ هذا يوصف المزاج الطبيعي، بيد أنّي أقصد توافر أعراض هوسية
أثناء الاكتئاب أو العكس. ويتم وصف هذه الحالة عادة بتعبير ملامح
مختلطة، وبالتالي، في حال توافرت هذه الأعراض المختلطة لدى شخص لديه
اضطرابٌ اكتئابي أحادي القطب، فإن التشخيص بهذا الاضطراب يجب أن

يرفق بعبارة مع ملامح مختلطة.

[251] لوسيل "مقاطعة": قد يكون سؤالي سخيفاً، لكن ما أهمية هذا؟

رجل الكهف: لا يوجد شيء اسمه سؤال سخيف يا لوسيل. هل نسيت حديثنا السابق؟ (رجل الكهف 2018: 479§)

[252] لوسيل "بخجل": كلا لم أنسَ.

رجل الكهف: إن النوبات الاكتئابية الحادة ذات الملامح المختلطة، يا لوسيل، تنبئ باحتمالية عالية أن يطوّر أصحابها اضطراب ثنائي القطب الأول أو اضطراب ثنائي القطب الثاني. وبالتالي، فإن تحديد وجود هذه الملامح المرافقة للاكتئاب أحادي القطب من شأنه أن يدفع إلى تصميم ومتابعة العلاج بطريقة خاصة من شأنها درء تطور الاكتئاب الأحادي القطب إلى أخيه الأكبر، الاكتئاب ثنائي القطب.

[253] داني "بحيرة": لم أفهم! كيف يكون للاكتئاب أعراضٌ هوسية؟

رجل الكهف: حتى نستطيع القول إن لاضطراب اكتئابي هذه الملامح المختلطة، يا داني، فإنه يجب توافر المعايير التالية:

أولاً، يجب أن تتوافر ثلاثة على الأقل من الأعراض الهوسية أو تحت الهوسية التالية خلال معظم أيام نوبة الاكتئاب الحاد:

1 مزاجٌ مرتفعٌ جداً.
2 تقييمٌ ذاتيٌ عالٍ أو شعورٌ بالعظمة.
3 كثرة الكلام أكثر من المعتاد أو الشعور بالحاجة الماسة للكلام بشكل مستمر.
4 أن تدور الأفكار بسرعة في رأس الشخص لدرجة نسيان بعضها على الفور، أو ما يُعرف بتطاير الأفكار وسباق الأفكار.

5 زيادةٌ في الطاقة أو في الأنشطة الهادفة، سواء اجتماعياً، أو في العمل، أو في المدرسة، أو في الرغبة الجنسية.

6 زيادةٌ، أو المبالغة في، التورط بأنشطة تحتوي على مخاطر عالية كالسلوك الجنسي المتهور، أو القيام بمشارع في العمل أو صفقات تجارية غير عقلانية، أو الإسراف في تبذير المال على الملذات.

7 انخفاض الحاجة إلى النوم. أعني بهذا، باختصار، أنّه يشعر بطاقة ونشاط بغض النظر عن ساعات نومه القليلة. وإني أقول هذه الملاحظة كي لا تعتقدا أني أعني الأرق هنا. فالذي يعاني من الأرق لا يكون لديه هذا النشاط والحيوية عند النوم لساعات قليلة.

إذن، نحن بحاجة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض السبعة السابقة -والتي تعاكس أعراض الاكتئاب كما تلاحظان.

ثانياً، يجب أن يلاحظ الآخرون هذه الأعراض المختلطة والتي يجب أن تختلف عن سلوك الشخص المعتاد.

ثالثاً، وأخيراً، يجب، بالطبع، التأكد من أنه لا يمكن عزو هذه الأعراض المختلطة إلى تأثرات فيزيولوجية لتعاطي مادة ما كعلاج دوائي، أو إساءة استعمال الأدوية أو علاجات أخرى.

[254] داني "بتركيز": يصعب عليّ تخيل هذه الحالة التي هي اكتئاب ومضاد الاكتئاب. على أي حال، ماذا لو أنّ الأعراض التي يُبديها الشخص تطابق بالكامل معايير تشخيص الهوس أو تحت الهوس؟

رجل الكهف : ماذا حل بك يا داني؟ في هذه الحالة سيكون التشخيص إمّا ثنائي القطب الأول، في حال كانت الأعراض تصف نوبة الهوس، أو ثنائي القطب الثاني في حال أن الأعراض لم تكن كافيةً لتشخص الهوس.

أنا أتكلم الآن عن أقباس، لمحات، ومضات -سمها ما شئت- من الهوس

تهبط إلى القسم السفلي المظلم من المزاج عابثةً ببعض السلوكيات هنا وهناك. أرجوك لا تأخذني إلى ثنائي القطب الآن، فهو من الاضطرابات التي يستهويني الحديث عنها كثيرا، بيد أني أشعر بالجوع الشديد.

دالي: المعذرة يا عزيزي. دعنا نتناول شيئاً من الطعام.

الباب الواحد والعشرون

اضطراب اكتئابي مع ملامح سوداوية

Depressive Disorder with Melancholic Features

[255] رجل الكهف: لقد أخبرتكما قبل تناول الطعام عن محدد الملامح المختلطة للاضطرابات الاكتئابية. الآن أريد أن أخبركما عن الملامح السوداوية التي قد ترافق الاضطرابات الاكتئابية.

لوسيل "بدهشة": ماذا تقصد؟

رجل الكهف: يمكننا القول، يا لوسيل، أنّ الاضطراب الاكتئابي مترافقٌ مع ملامح سوداوية في حال توافر أربعة أو أكثر من الأعراض التالية. لكن انتبهي، وبدقة، إلى ما سأقوله عن معاييرِ لهذه الأعراض الأربعة.

[256] لوسيل "بانتباه": كلّي آذان صاغية.

رجل الكهف: شكراً على الشاي يا داني، اجلس هنا واستمع لمعايير تحديد توافر الملامح السوداوية الأربعة.

أولاً، يتوافر واحدٌ من الأعراض التالية خلال أكثر الأوقات حدّة في النوبة

الحالية:

1- فقدان المتعة في كل، أو تقريباً كل، الأنشطة.

2- لا يتأثر بالأمور التي تبعث على السرور، فمثلاً، إنه لا يشعر بأي تحسن، ولا حتى بشكل مؤقت، عندما يحصل شيء إيجابي للشخص.

ثانياً، وجود ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:

1- مزاج اكتئابي مميز ويتصف باليأس والقنوط أو الكآبة العميقة أو ما يعرف باسم المزاج الفارغ.

2- يكون الاكتئاب أكثر حدّةً في الصباح على نحو متكرر.

3- استيقاظ مبكر، على الأقل ساعتين قبل موعد الاستيقاظ المعتاد.

4- هياج نفسي حركي، أو بالعكس، تثبيط وتباطئ نفسي حركي psychomotor.

5- فقدان شهية عصبي أو انخفاض حاد في الوزن.

6- شعور مفرط، أو غير مبرر، بالذنب.

إذن، ركزا معي جيداً، نحن بحاجة إلى أن يتوافر عرض من المجموعة الأولى وثلاثة أعراض على الأقل من المجموعة الثانية في أكثر مراحل النوبة الاكتئابية حدّة. ويجب أن يوجد انعدام تامّ تقريباً للقدرة على الشعور بالمتعة، وليس مجرد انخفاض في القدرة على الاستمتاع.

[257] داني "مقاطعا": عذراً على المقاطعة، إنّي لم أستطع منع نفسي من سؤالك عن الطريقة التي يمكن بها تحديد هذه الحالة المزاجية المتدنية جدا؟

رجل الكهف: إنّ المستوى الذي أتكلم عنه أنا الآن هو انعدام أيّ تحسنٍ في المزاج حتى عندما تحدث تلك الأمور التي يتمناها الشخص بشدة. أو لنقل إنّ المزاج يتحسن تحسناً طفيفاً بنسبة عشرين إلى أربعين بالمئة ويدوم لعدّة دقائق فحسب.

أضف إلى هذا يا داني، أن الخصائص التي تميّز المزاج الذي ينطبق عليه تحديد مع ملامح سوداوية هي مختلفة في الواقع عن خصائص المزاج في النوبة الاكتئابية بدون ملامح سوداوية، ألم تنتبه إلى هذا؟

[258] داني: بالفعل هذا صحيح.

رجل الكهف: داني، هل تفهم ما أقصده؟ إنّ نوبة اكتئاب طويلة، أو حادة، أو مجهولة السبب، لا يعني أبداً أنّها مختلفة بالخصائص.

[259] داني "مبتسماً": نعم هذا واضح بالطبع.

لوسيل: رجل الكهف! في حال توافرت نوبة اكتئاب حادٌ مع ملامح سوداوية لدى شخص ما، فهل هذا يعني أنّ جميع، أو معظم، النوبات القادمة لهذا الإنسان ستترافق أيضاً مع مظاهر سوداوية؟

رجل الكهف: في الواقع إنّ الملامح السوداوية هذه تجنح إلى التكرار لدى نفس الشخص بصورة معتدلة، أو متوسطة، تجنح إلى الارتفاع لدى المرضى الداخليين -المقيمين في مراكز الرعاية الصحية- تماماً على عكس المرضى الخارجيين. كما أنّ هناك علاقةٌ عكسيةٌ بين حدّة الاكتئاب ومعدل تكرار هذه الملامح، حيث تميل إلى ألا تتكرّر مع النوبات الحادة، وكلما انخفضت حدة النوبات كلما زادت احتمالية تكرار توافر السمات السوداوية هذه. كما أنّها تميل إلى أن تتكرر بمعدل أكبر في حال رافقتها ملامح ذهانية.

الباب الثاني والعشرون
اضطراب اكتئابي مع ملامح ذهانية
Depressive Disorder with Psychotic Features

[260] لوسيل: ماذا تقصد بملامح ذهانية؟

رجل الكهف: أقصد وجود أوهام و(أو) هلوسات. وهنا يمكننا تمييز نوعين من الملامح الذهانية:

أولها، هو *الملامح الذهانية المتّسقة مع المزاج*، وفيها يتماشى محتوى الهلوسات والأوهام مع الحالة النمطية للسمات الاكتئابية كالشعور بالذنب، وانعدام القيمة، والموت، والعدمية، والاستحقاق للعقاب، ونحوها.

ثانيها، هو *الملامح الذهانية غير المتسقة مع المزاج*، والتي يتم تحديدها عندما لا يتماشى محتوى الهلوسات والأوهام مع الحالة النمطيّة للسمات الاكتئابية، أو عندما يكون محتوى الهلوسات والأوهام مزيجاً من الأمرين، أقصد أن بعضها مرتبطٌ أو متّسق مع الحالة الاكتئابية، وبعضها على غير صلة

مباشرة فيها.

لوسيل "بابتسـامة": شكراً على التوضيح.

داني: هل هناك أيّ ملامح أخرى قد ترافق الاضطرابات الاكتئابية؟

الباب الثالث والعشرون

اضطراب اكتئابي مع ملامح غير نمطية

Depressive Disorder with Atypical Features

رجل الكهف: بالتأكيد. خذ الملامح غير النمطية على سبيل المثال. اضطرابٌ اكتئابيٌ مع ملامح غير نمطية. ما رأيك؟

دافي "مبتسما": لم أسمع به من قبل.

رجل الكهف: أعرف هذا، لقد أفل العصر الذهبي للاكتئاب غير النمطي بعد أن كان قد قام بدورٍ هامٍ في تاريخ الاكتئاب.

لوسيل "بحماس": لماذا؟

رجل الكهف: غير النمطية هذه تشير إلى الملامح التي تتعارض مع المظاهر الاكتئابية الكلاسيكية في أيام الزمن الجميل عندما كان تشخيص الاكتئاب نادراً للمرضى الخارجيين، وشبه معدوم للمراهقين والشباب اليافعين. لهذا السبب، الملامح التي أشير إليها هنا بغير النمطية، هي في واقع الأمر، بحسب معاييرنا الحالية، ليست غير نمطية.

[261] داني: وما هي هذه الملامح النمطية غير النمطية؟

رجل الكهف: كي يتم تطبيق محدد "مع ملامح غير نمطية"، يا داني، يجب توافر جميع الشروط التالية:

أولاً: ردود فعل مزاجية، كالتحسن بالمزاج عند حصول أمر إيجابي.

ثانياً: اثنان أو أكثر من الأعراض التالية:

1. زيادة كبيرة في الشهية أو الوزن.
2. فرط في النوم.
3. الشلل الرصاصي، أقصد الشعور بثقل كبير في الأطراف.
4. وجود نمط مستمر وثابت من الحساسية تجاه الرفض لدرجة تؤثر بشكلٍ فادح على الأنشطة الاجتماعية والوظيفية، على ألا تكون محدودةً بنوبات تغيرِ مزاجي، بالطبع.

ثالثاً: أن يسيطر العرضان السابقان -أولاً وثانياً- على معظم أيام نوبة الاكتئاب الحاد الحالية -أو أقرب واحدة إلى الوقت الحالي- أو اضطراب الاكتئاب المستمر.

أخيراً، علينا أن نتأكد، قبل تعيين المحدد "مع ملامح غير نمطية" أن الأعراض لا تطابق معايير المحدد الذي تكلمنا عنه قبل قليل وهو "مع ملامح سوداوية" وألا تطابق أيضاً معايير المحدد "مع شذوذ الحركة" في نفس النوبة الاكتئابية.

[264] داني "مقاطعا": لقد أخبرتنا عن الملامح السوداوية لكنك لم تخبرنا عن شذوذ الحركة. يبدو أمراً مريعا.

رجل الكهف: كلا يا داني، هو ليس بهذا السوء الذي تتوقعه. سأخبرك بمعايير تشخيصه الآن لكنني لا أريد أن أستفيض فيه كثيراً لأن ذلك من شأنه أخذنا بعيداً عن الاكتئاب.

[265] لوسيل "مقاطعة": قبل أن ننتقل من هنا، هلا شرحت لي الشلل الرصاصي؟

فلم أسمع به من قبل.

رجل الكهف: إن الشلل الرصاصي يا لوسيل يُعرف بشعورٍ بالثقل أو الانجذاب إلى الأسفل، وكأن الجاذبية أصبحت أقوى، عادة في الأيدي أو الأرجل. يمتدّ هذا الإحساس نحو ساعة من الزمن على الأقل، لمرة واحدة يوميا. بيدَ أنه في الواقع، كثيراً ما تمتد هذه المدّة لعدّة ساعاتٍ متواصلة.

[266] لوسيل "بدهشة": لا أعرف كيف يكون هذا الإحساس بيدَ أنه لا بدّ مزعج.

دالي: هل الحساسية تجاه الرفض تقتصر على الفترات التي يكون فيها الشخص مكتئباً أم أنها ترافقه في الحالة الطبيعية أيضا؟

رجل الكهف: إنّها ترافقه في الحالين، بيدَ أنّها تكون أقوى خلال النوبات الاكتئابية.

[267] لوسيل: هلا أخبرتني بما هو تفاعل المزاج mood reactivity؟

رجل الكهف: تفاعل المزاج، يا لوسيل، هو قدرة المرء على الشعور بمزاجٍ أفضل عند حدوث محفزٍ إيجابي من شأنه تحسين مزاجه كزيارة أطفاله له، أو حصوله على إطراء من أشخاص آخرين، إلى ما هنالك.

[268] لوسيل "بسعادة": الاسم يبدو أكثر تعقيداً بكثيرٍ مما يعنيه في الواقع.

دالي: كنت أفكر الآن يا رجل الكهف، بأنني أفهم ما نعنيه بالأرق، لكنني لا أفهم ما نعنيه بفرط النوم.

رجل الكهف: من أي ناحية تقصد؟

دالي: من ناحية أنه إن كان الأرق سهل التوصيف، لأنه يشير الى انعدام شيء ما -وهو النوم- فإن فرط النوم يشير إلى زيادة شيء ما -وهو النوم أيضا. لهذا، فإنّه يحق للمرء التساؤل عن مدى تأثير مكان تموضع هذه الزيادة المذكورة

على تحقُّق الشرط اللازم لعرض فرط النوم، إن كان هناك أي تأثيرٍ طبعا.

[269] **رجل الكهف:** إن فرط النوم، أيها المتحذلق، لا يكترث كثيراً لمكان تموضع الزيادة في ساعات النوم بقدر اهتمامه بوجود هذه الزيادة في المقام الأول. فإن كانت هذه الزيادة عبارةً عن ساعات إضافية من النوم الليلي فأهلا بها ومرحب، وإن كانت هذه الزيادة عبارةً عن ساعات نومٍ خلال النهار، فهي تنضم أيضاً تحت جناح فرط النوم إذا كانت قادرةً على رفع مجموع عدد ساعات النوم الإجمالية لعشر ساعات نوم على الأقل في كل يوم، أقصد خلال الأربع وعشرين ساعة. والحق أن زيادة ساعات النوم بساعتين عما كان معتادا عليه قبل الاكتئاب يعتبر فرط نوم أيضا.

داني "ضاحكا" : شكراً على الإجابة التي لا تقل حذلقة عن سؤالي.

لوسيل: ما رأيكما في أن توقفا لعبة التحذلق هذه ونعود للحديث عن شذوذ الحركة الذي أبعدتكما أنا عنه؟

الباب الرابع والعشرون

اضطراب اكتئابي مع شذوذ الحركة

Depressive Disorder with Catatonia

[270] **رجل الكهف:** أوافقك الرأي يا لوسيل. عودٌ على بدء، وكما قلت قبل قليل، لا أريد أن أستفيض في الحديث كثيراً لأن ذلك من شأنه أخذنا بعيداً عن الاكتئاب. لكن فيما يخص حديثنا الآن، فإنني أريد توصيف المحدّد "مع شذوذ الحركة" الذي أشرت إليه قبل قليل.

لوسيل" بالضبط، هذا ما نحن بصدده الآن.

[271] **رجل الكهف:** إنّ شذوذ الحركة، أو شذوذ الحركة الفصامي، أو الجامود، تتعدد الأسماء باللغة العربية لتصف هيمنة لثلاثة على الأقل من الأعراض التالية: (119 :2013 DSM-5)

1- الذهول. لا استجابات حركية، لا ردود أفعال لما يحدث في البيئة المحيطة بالشخص.

2- الإغماء التخشبي. الجمود السلبي في المكان. سلبي، يا لوسيل، بمعنى انعدام بذل جهد للتموضع معاكس للجاذبية على سبيل المثال، وهذا

على عكس العرض التالي.

3- التموضع. الحفاظ، بشكل فاعل، وعفوي في نفس الوقت، على وضعية ما.
4- المرونة الشمعية. أي عدم التحرك حتى عندما يحاول الطبيب تحريكه.
5- الصمت. أقصد، انعدام أو قلة الاستجابات اللفظية.
6- السلبية. بمعنى عدم تشكيل استجابات للمؤثرات الخارجية.
7- التكلف. أي المبالغة عند القيام بالتصرفات العادية او المظهر ونحوها.
8- النمطية. التكرار، التصرفات الغير طبيعية، القيام بتصرفات غير هادفة.
9- الهياج دون وجود مؤثر خارجي.
10- التقليد في الكلام. أقصد تكرار ما يقوله الآخرون كما يفعل الأطفال عادة.
11- نفس الأمر بالنسبة للحركات. تقليد حركات الآخرين.
12- تقطيب الحاجبين.

إذا سيطرت الأعراض الثلاثة هذه على معظم النوبة الاكتئابية، فإن محدّد مع شذوذ *الحركة* يتم تعيينه. (DSM-5 2013: 186)

[272] لوسيل "بسرور": اسمح لي بسؤالك عن شيوع ترافق شذوذ الحركة مع الاضطرابات الاكتئابية؟

رجل الكهف: إن شذوذ الحركة يا لوسيل، يتم تشخيصه بشكل عام للمرضى الداخليين -أقصد المقيمين في مراكز العلاج. وإن الغالبية العظمى من المشخصين به لديهم اضطراب اكتئابي، أحادي القطب أو ثنائي القطب في مقابل خمسة وثلاثين بالمئة فقط لمرضى الفصام.

وتجدر الإشارة هنا، بما أنك فتحت الموضوع، إلا أنّ شذوذ الحركة قد يرجع لأسباب عديدة. لذا، فقبل تحديد أن شخصاً ما قد طابق معايير هذا المحدّد المذكورة آنفاً، فإنّه يجب التأكد أنّ حالة شذوذ الحركة لديه ليست نتيجة

عدوى طبية، ولا نتيجة مشاكل في الأيض، أو مشاكل عصبية، أو متلازمة مضادات الذهان الخبيثة Neuroleptic Malignant Syndrome، أو دواء ما. وهذا القدر يكفينا هنا يا لوسيل. (DSM-5 2013: 120)

لوسيل "بابتسامة": شكراً لك، اتّضح لي أمر المحدّد مع شذوذ *الحركة* الآن.

دالي "مفكرا": ماذا عن الاكتئاب ذي النمط الفصلي، أليس هذا محط تحديد أيضاً إن وُجد؟

الباب الخامس والعشرون

اضطراب اكتئابي مع نمط فصلي

Depressive Disorder with Seasonal Pattern

[273] رجل الكهف: بالتأكيد. يمكنك تشخيص *اضطراب اكتئابي مع نمط فصلي* إذا كان هناك نمطٌ فصلي لتواتر نوبات الاكتئاب الحاد. لكن يجب أن يطابق النط المعايير التالية:

أولاً، يجب وجود ترافقٍ منتظم بين بداية نوبات الاكتئاب الحاد مع وقت معين في السنة. غالباً ما يكون الخريف أو الشتاء.

وبالمناسبة يا داني، كثيرون لا ينتبهون إلى وجود مؤثرات أخرى تتغيّر بنفس الوتيرة، أو في نفس الفترة الزمنية، والتي تكون هي، بحدّ ذاتها، وليس الفصل أو الوقت من السنة بحدّ ذاته هو المسؤول عن النوبة الاكتئابية. مثلاً فترة الشتاء قد تكون فترة بطالة للكثير من العمال الموسميين، وبالتالي، يجب التأكد من أنّ الاكتئاب غير ناجم عن الكرب الذي يثقل كاهل العامل العاطل عن العمل في فصل شديد البرد ذو مصاريف مالية عالية. أو أي شيء من هذا القبيل.

[274] **داني**: هذه ملاحظة حاذقة.

رجل الكهف: الكثيرون يتيهون عن هذه التفاصيل. وبنفس المنظور، ثانياً، يجب أن يختفي الاكتئاب في وقت معين من أوقات السنة بشكلٍ متكرر. مع الانتباه إلى نفس الملاحظة السابقة من احتمالية أن يكون إعادة توظيف العامل الموسمي هي سبب ذهاب الأعراض على سبيل المثال. ومن الجدير ذكره أنّه لا يهمّ هنا إن كان ذهاب الاكتئاب يعني أن الشخص في مزاج طبيعي، أو أن يكون قد وصل نوبة تحت هوسية، بل حتى الهوسية. ما يهمّ في هذا المعيار هنا هو ذهاب الأعراض الاكتئابية، ولا يهمّ إلى أين.

[275] **لوسيل "مقاطعة"**: أرجوك لا تجعلني أتيه في التشعبات. حتى الآن العرضان الأوليان هما بداية نوبة الاكتئاب الحاد في وقت معين من السنة، واختفائها الكامل في وقت معين آخر من السنة، على نحوٍ منتظم، ودون أن يكون هناك مؤثرٌ آخر يفسّر هذا التبدل المزاجي. ماذا بعد؟

رجل الكهف: ثالثاً، يا لوسيل، يجب أن يستمرّ الانتظام الذي تقولينه هذا لمدة عامين على الأقل. وأنا أعني حرفياً ما أقوله. يجب أن يكون بين يدينا نوبتا اكتئاب حاد فقط خلال السنتين الأخيرتين، وقد حصلت هاتان النوبتان بهذا النمط الفصلي.

[276] **لوسيل**: فهمت ما تقصده. يجب ألا يوجد نوباتٌ اكتئابية غير مرتبطة بهذا النمط الفصلي في هاتين السنتين. فقط هاتان النوبتان الفصليتان.

رجل الكهف: هذا صحيح. بل أكثر من هذا، إنّ المعيار الرابع هو أن يفوق بشكل كبير عدد نوبات الاكتئاب الحاد مع النمط الفصلي (مثل هاتين النوبتين الفصليتين) عدد نوبات الاكتئاب الحاد ذات النمط غير الفصلي التي حصلت في حياة الفرد.

[277] لوسيل: هذا منطقي بالفعل. لكن ماذا لو أنّ نوبات الاكتئاب الحاد المتكررة أخذت نمطاً يطابق هذه الشروط التي هي للنمط الفصلي؟

رجل الكهف: إنّه يستحق اللقب إذا طابق شروط الحصول عليه. المفتاح هنا هو بداية نوبات الاكتئاب الحاد وفترات الشفاء منها. في معظم الحالات، تكون بداية النوبات في الخريف أو الشتاء كما أشرت قبل قليل، والشفاء منها يكون في الربيع. أما النوبات الاكتئابية التي تتكرّر في الصيف فهي أقلّ شيوعاً، بالطبع.

على أيّ حال، عودةً إلى سؤالك، نعم، إذا طابقت نوبات الاكتئاب الحاد النمط الفصلي لمعظم حياة الإنسان، وكانت تلك النوبات التي تخالف هذا النمط محدودة جداً ويجب أن تكون معدومةً تماماً في آخر سنتين. في هذه الحالة، لا يوجد ما يمنع اضطراب الاكتئاب الحاد هذا من أن يرافقه لقب "مع نمط فصلي".

[278] داني: هل هناك ما يميّز اضطراب الاكتئاب الحاد ذي النمط الفصلي؟

رجل الكهف: في الحقيقة إنّ نوبات الاكتئاب الحاد التي تحصل بهذا التواتر الفصلي عادة ما تتصف بانخفاض الطاقة، الإفراط في النوم، الإفراط في الأكل، وبالتالي، زيادة في الوزن، والرغبة الشديدة لتناول الكربوهيدرات.

[279] داني: لقد توقعت هذا، في الواقع. وأعتقد أن هذه الأعراض تتماشى مع أن تكون نوبات الاكتئاب الحاد شتوية، وهذا يجعلني أخمن أنّ المناطق الباردة تميل إلى تطوير نوبات اكتئاب حاد أكثر من تلك الحارة، أليس كذلك؟

رجل الكهف: كلامك كلّه صحيح، وسأزيدك عليه أيضاً أنّ الأعمار الأصغر تتأثر بالبرودة أكثر من الأعمار الأكبر. أقصد أن اليافعين والشباب يطوّرون نوبات اكتئابٍ حادٍ مرتبطة بفصل الشتاء وينخفض هذا الترابط مع التقدم في العمر.

[280] داني: هذا منطقيّ بالتأكيد، فالمراهقون والشباب يريدون الخروج والقيام بنشاطات ونحوها، بينما الكبار في السن يجنحون إلى الأنشطة الداخلية أكثر.

لوسيل: لقد أشرت قبلاً إلى أنّ المهم بالنسبة للمعيار الثاني هو ذهاب نوبة الاكتئاب الحاد في وقت معيّن كلّ سنة، ولا يهمّ إن أصبحت نوبة تحت هوسية أو هوسية. فهل لي أن أسئلك أي الاكتئابين هو أكثر ترافقاً مع النمط الفصلي، أحادي القطب أم ثنائي القطب؟

رجل الكهف: ها نحن نعود إلى ثنائي القطب من جديد. ليس من الواضح فيما إذا كان النمط الفصلي يتكرر مع اضطراب الاكتئاب الحاد أم مع اضطرابات ثنائي القطب. على أي حال، ضمن عائلة ثنائي القطب نفسها، فإنّ النمط الفصلي أكثر شيوعاً في اضطراب ثنائي القطب الثاني منه في اضطراب ثنائي القطب الأول. وفي بعض الحالات، فإنه ليس فقط نوبة الاكتئاب هي التي ترتبط بوقت معين من السنة، بل نوبة الهوس أو تحت الهوس أيضاً. لكنني سأقف هنا مجدداً قبل أن أغرق في القطب الآخر من المزاج.

لوسيل "ضاحكة": أعتذر عن سؤالي.

الباب السادس والعشرون

اضطراب اكتئابي مع بدء فترة الولادة

Depressive Disorder with Peripartum Onset

[281] رجل الكهف: لا مشكلة في السؤال يا عزيزتي لكن ما زال أمامنا الكثير لنتحدث عنه في هذا القطب من المزاج. فمثلاً، هل تعرفين يا لوسيل أنه يمكن إعطاء محدد "مع بدء فترة الولادة" إذا كانت بداية نوبة الاكتئاب الحاد كانت خلال فترة الحمل أو خلال الأسابيع الأربعة الأولى بعد الولادة؟

لوسيل "بدهشة": كلا لم أكن اعرف هذا. هل قلت إن بداية الأعراض قد تكون قبل أو بعد الولادة؟

رجل الكهف: نعم، هذا صحيح. إن خمسين بالمئة من نوبات الاكتئاب الحاد التالية للولادة يكون لها بداية أثناء الحمل، لذا، فإنه قد تمّ دمج النوعين من النوبات، تلك التي تبدأ فعلاً أثناء الحمل، وتلك التي تبدأ بعد الولادة ضمن مجموعة واحدة نسميها نوبات بدء فترة الولادة.

[282] لوسيل: هل من اضطرابات أخرى قد ترافق هذه النوبات الاكتئابية؟

رجل الكهف: في الحقيقة غالباً ما تجنح النساء اللواتي يعانين من نوبات اكتئاب حاد مع بدء فترة الولادة إلى أن يكون لديهن قلقٌ حادٌ، بل نوبات هلع أيضا. لقد أظهرت الدراسات أنّ وجود أعراض اكتئابية وأعراض قلق خلال فترة الحمل، بالإضافة إلى كآبة النفاس baby blues يرفع من احتمالية حصول نوبة اكتئاب حاد تالية للولادة.

[283] **لوسيل:** يبدو هذا سيئاً جدا.

رجل الكهف: في الحقيقة إن ذلك أقل سوءاً مما قد يصل إليه الأمر عندما ترافق النوبات المزاجية هذه نوبات ذهانية أيضا. فعلى سبيل المثال، إن قتل الأطفال حديثي الولادة من قبل أمهاتهم غالبا ما يكون نتيجة نوبات ذهانية تالية للولادة تحتوي على هلوسات آمرة بقتل الرضيع أو أوهام بأن الطفل ممسوس. لكن لا يجب أن تفهمي مني أن كل الأعراض الذهانية قد تكون بهذا الشكل، لأنه من الممكن ألا تحتوي الأعراض الذهانية في النوبة المزاجية التالية للولادة على هكذا هلوسات وأوهام محددة.

[284] **لوسيل:** هذا فظيع! هل من أمور ترفع من خطورة الإصابة بالنوبات الذهانية، أو بالعكس، تخفف منها؟

رجل الكهف: إنّ خطورة الإصابة بنوبات بعد الولادة مع أعراض ذهانية يرتفع لدى النساء اللواتي لديهن حالاتٌ سابقةٌ من هذه النوبات، بالطبع، بمعنى أن هذه النوبات تحفز على مثلها في المستقبل لدى نفس السيدة (لهذا السبب طلب العلاج ضروري جدا). كما أنّ الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات ثنائي القطب (بشكل خاص ثنائي القطب الاول، والذي ترتفع فيه احتمالية أن تقتل الأم وليدها في نوبة ذهانية) يرفعون من خطر الإصابة بالنوبات الذهانية التالية للولادة التي نتكلم عنها، ناهيك عن أن وجود تاريخ عائلي لاضطرابات ثنائي القطب لا يصبّ في صالح السيدة في هذا السياق.

[285] لوسيل: نعم إني أتفهم هذا، ولو أني في توقٍ إلى الحديث عن اضطرابات ثنائي القطب هذه وعن النوبات الذهانية التي تقفز لنا بين كل حين وآخر. لكنّي أعرف أنك لن تذهب الى هناك الآن، لذا سأسألك هنا، كم هي نسبة النساء اللواتي قد يعانين نوبات مزاجية بعد الولادة مترافقة مع أعراضٍ ذهانية بشكل عام؟

رجل الكهف: تصرف تشكرين عليه يا لوسيل. وجواباً على سؤالك، فإن هذه النوبات تتواتر بمعدل يتراوح ما بين واحد لكلّ خمسمائة حالة ولادة إلى واحد لكلّ ألف حالة ولادة مع شيوع أكبر لحالات الولادة البكر (ولادة الطفل الأول).

[286] لوسيل: عندما تحصل لدى السيدة نوبة ما بعد الولادة مع أعراض ذهانية، كم هي نسبة أن تعاودها نفس النوبة في الولادات التالية؟

رجل الكهف: إنّ خطورة تكرار النوبة مع كل ولادة قادمة يتراوح بين ثلاثين الى خمسين بالمئة، لكن انتبهي يا لوسيل، يجب تمييز النوبات التالية للولادة التي نحن بصددها عن ذلك الهذيان الذي يحصل في الفترة التالية للولادة والذي يكون عبارة عن تذبذبات في الإدراك أو الانتباه.

لوسيل "بابتسامة": شكراً على التوضيح. أعرف أني سأفهمك أكثر عندما نتكلم عن نوبات الهذيان، لكني سأغلق فمي الآن.

الباب السابع والعشرون

شدة نوبات الاكتئاب الحاد وتداخلها

[287] **رجل الكهف**: سأستغل هذا الوقت إذن، يا لوسيل، بإخبارك أنّه بجانب تلك المحدّدات التي ترافق التشخيصات الاكتئابية، فإنّه يجب أيضاً تحديد فيما إذا كان هناك تداخل بين نوبة الاكتئاب الحاد الحالية والنوبة السابقة، كما وشدّتها أيضاً.

لوسيل "بمرح مازح": يبدو أمر تداخل النوبات هذا مثيراً، أخبرني عنه.

[288] **رجل الكهف**: يجب تحديد ما إذا كان هناك سكونٌ تامٌ بين نوبة الاكتئاب الحاد الحالية وتلك التي سبقتها أم لا. ولأجل هذا، يجب اختيار أحد بديلين:

سكونٌ جزئي، يشير هذا المحدد إلى أنّه لا تزال هناك بعض الأعراض من النوبة السابقة متواجدة حتى الآن، أو أنّ فترة السكون بين النوبة السابقة والنوبة الحالية والتي خلت من أي أعراض اكتئابية هي أقل من شهرين.

سكونٌ كلي، يشير إلى أنّ الشهرين الماضيين قد خليا تماماً من أي أعراض اكتئابية.

[289] **دالي**: وماذا عن شدة النوبات؟

رجل الكهف: صحيح، يجب تحديد شدّة النوبة أو حدّتها، وذلك بالنظر إلى عدد الأعراض، وحدة هذه الأعراض، وشدة العجز الوظيفي. وحدة النوبة، يا داني، إما أن تكون خفيفة، أو متوسطة أو شديدة.

الخفيفة: تشير إلى أنّ الأعراض المتوافرة هي إمّا على الحد الأدنى اللازم للتشخيص أو تزيدها قليلا. ومع أن حدة هذه الأعراض تسبب إزعاجا وضعفاً في الأداء الوظيفي والاجتماعي وما إلى ذلك -وإلا لما تم إعطاؤها التشخيص أساساً، كحال جميع الاضطرابات النفسية كما شرحت لكما مسبقاً- بيد أنّ هذا الانزعاج وضعف الأداء هما في الحدود الدنيا ومن الممكن التحكم بهما.

الشديدة: هي على العكس تماماً من الخفيفة، بديهياً، فالأعراض التي تتوافر في الحالة تفوق عدداً بكثير تلك المطلوبة للتشخيص، كما أن حدة هذه الأعراض تسبب عجزاً وظيفاً بالغاً ولا يمكن السيطرة عليها.

المتوسطة: تشمل جميع الحالات التي تقع في توصيفها ما بين الخفيفة والشديدة، كما يمكنكما أن تتوقعا، وبالطبع هي، لهذا السبب، واسعة النطاق وتضم معظم المصابين بالاكتئاب فهي تتدرج من نوبة أشد بقليل من النوبة الخفيفة، إلى تلك النوبة التي هي أخف بقليل من النوبة الشديدة.

الباب الثامن والعشرون

المقابلة العيادية

The Clinical Interview

[290] لوسيل: لقد استفضت كثيراً يا رجل الكهف بشرح معايير التشخيصات للأعراض المختلفة، والتي تحدّد ما إذا كان الشخص مصاباً بأحد الاضطرابات الاكتئابية أم لا. لكنني أتساءل ما هي الطريقة التي يتمّ بواسطتها جمع هذه المعلومات من جهة، وتقييمها من جهة أخرى بصورة موضوعية خارجة عن أي تحيز أو سوء تقدير؟ فكما تعرف، إنّ المريض نفسه قد يحجب بعض المعلومات أو لا يحدّد شدتها بصدق مثلا. كما أن المعالج سيبني تحيزاً لا واعياً تجاه المريض كما شرحت لنا في اللقاء الماضي، وبالتالي فإن تقييمه سيكون غير دقيق، أو على الأقل ليس موضوعياً بشكل تام. (رجل الكهف 2018: 194§) فما هي الطريقة التي تمكننا من القول إننا نحصل على معلومات وتقييمات موضوعية عندما نستخدمها؟

[291] رجل الكهف: سؤالك مهمّ جداً وذكي. إنّ هناك مدارس كثيرة في هذا المجال، ونظريات متنوعة تهدف إلى تحقيق تشخيص أقرب ما يكون إلى الحقيقة

الموضوعية. كما إنّ هناك تنوعات في طريقة جمع المعلومات، بل وفي المرضى المستهدفين، كما وتوجهات أخرى أيضا. بعضها مصمّم كي يقوم الفرد نفسه بتقييم حاله المزاجي بواسطتها، وأخرى مصممة للمقابلات العيادية، وثالثة مصممة للمرضى الداخليين في مراكز الرعاية، وهكذا. وبالتالي، على عكس ما يتوقع الكثيرون، لا يوجد طريقة واحدة أو دستور موحد يتم الاحتكام إليه للحصول على تشخيصات موحدة وموضوعية. لذا فالأمر شائك جداً في هذا السياق.

على أي حال، يمكنني الإشارة إلى بعض هذه التصنيفات وبعض هذه المدارس كي تأخذي فكرة عن الموضوع.

[292] لوسيل "بحماس كبير": بالتأكيد.

رجل الكهف: داني! نحن نتحدث في أمر مهم، تعال إلى هنا. إن قيام الطبيب أو المعالج، يا لوسيل، بإجراء مقابلة مع المريض بالطريقة التقليدية أو بأي صورة أخرى -ولو مع وجود طرف ثالث أو أكثر ان اقتضت الحاجة- حيث يقوم الطبيب أو المعالج بأمرين رئيسين في هذه المقابلة: أولهما هو، بالطبع، جمع المعلومات عن الحالة، وذلك بطرح الأسئلة عما يحتاجه من معلومات بحكم خبرته عن حالات مثل هذه. وثاني الأمرين، يا داني، هو مراقبة الأعراض الجسدية التي يُبديها المريض، لأنها تدل، كما تعرفان، على وجود آثار نفسية تتسبب بها. ومن ثمّ، يحاول الطبيب أو المعالج مقاربة خلاصة هذه البيانات إلى معايير تشخيص بعض الاضطرابات التي يشك هو بوجودها بحسب خبرته. وهنا يمكن إعطاء تشخيص مبدئي قبل أن تتم جمع بيانات أكثر، وأدق، وأشمل، وغيرها مما يلزم كفحوصات طبية وبيانات تاريخية، واجتماعية، وغيرها من عوامل تؤثر في إعطاء تشخيص باضطراب اكتئابي ما، أو تلك التي تؤثر على التشخيص في سياق هذه الحالة عينها.

على أن التشخيص المبدئي هذا يفيد، لنقل على الأقل، في اتخاذ قرار فيما إذا كان الشخص بحاجة لرعاية جدية لأنه الآن في اكتئاب حاد أو متوسط - الآن في هذه اللحظة- أم أنّه لا يحتاج إلى رعاية لأنّه لا وجود لأي أعراض اكتئابية لديه، أو أن لديه اكتئاباً عارضاً خفيفاً يمكن التعامل معه بسهولة.

هذه هي فائدة التشخيص الأولي -بل بدء رحلة البحث عن مدى وجود ما يستدعي إعطاء تشخيص ما أم لا.

[293] **لوسيل:** يبدو هذا منطقيّاً.

رجل الكهف: أتفق معك. إنها طريقة تمكن من حرية جمع المعلومات وحرية البوح بها، كما أنها تتيح دراسة تعابير الجسد والوجه وغيرها. وبما أنّ بإمكانها إضافة كمية كبيرة -لا نهائية نظرياً- من المعلومات التاريخية والطبية والاجتماعية وغيرها، فإنها لا شك ستتمكن من إعطاء تشخيص أقرب ما يكون الى الدقة حتى في تفاصيل محدّداته، بل وتساعد كثيراً في اتخاذ قرار مسيرة العلاج. لهذه الأسباب، سأعتبر أن هذه الطريقة -التي سأسميها التشخيص العيادي- هي طريقة جيدة -بل هي الطريقة الأمثل بوجهة نظري- للحصول على تشخيص بأحد الاضطرابات الاكتئابية.

لكن ألا تلاحظين، يا لوسيل، أنّ المقابلة العيادية -أو الفحص الاكلينيكي، أو الفحص النفسي الاكلينيكي، أو الفحص النفسي العيادي، أو الفحص العيادي- تأخذ بعض الوقت، حيث جمع المعلومات وتدورين الملاحظات، والوقت الذي يهدره المريض إمّا في الصمت أو عندما يدلي بمعلومات غير مطلوبة أو عندما يستطرد في الحديث، ومن ثم تحليل البيانات وغيرها؟ ناهيك عن الحاجة لمعلومات بعينها خلال وقت قصير أحياناً، إضافة إلى أن هذه الطريقة بعيدة كل البعد عن الموضوعية في التقييم، كما أشرت سابقا.

ثم ماذا بالنسبة للدراسات العلمية التي تقوم باستبيانات لمعرفة معلومات

إحصائية عن عموم الناس أو عن فئات منهم، كالطلبة، أو سكان منطقة معينة، أو عناصر الجيش، أو فئة عمرية معينة، أو المصابين بمرض معيّن ونحو هذا من فئات سكانية. إن إجراء هذه المقابلات مع أعداد كبيرة من البشر ليس بالفكرة الحكيمة.

داني: هذا صحيحٌ يا رجل الكهف.

الباب التاسع والعشرون
اختبارات ومقاييس تقييم الاكتئاب
Depression Rating Scales and Tests

[294] **رجل الكهف:** لهذا السبب، يا داني، سأخبركما عما يُسمى الاختبارات والمقاييس.

لوسيل "بسعادة طفولية": كلّي آذان صاغية.

رجل الكهف: الاختبارات والمقاييس هي طرقٌ للحصـــول على المعلومات، يا لوســيل، تختلف جذرياً عن الطريقة الســابقة في عدّة نواحٍ، من بينها كونها أكثر موضوعية، تماماً كما تحبين أنت.

[295] **لوسيل "بعيون لامعة":** أخبرني عن كيفيتها من فضلك.

رجل الكهف: إنّ هذه الطريقة، يا صديقتي، تتمثل، في صورتها العامة، بورقة مكتوب عليها مجموعة من الاسئلة، ويكون هناك خيارات للإجابة على هذه الاسئلة، كلّ خيار من هذه الخيارات يقابله رقم، هذه الرقم يمثل عدد النقاط التي يتم احتسابها لهذا السؤال. وعند إتمام الإجابة على جميع هذه الاسئلة،

يتم جمع نقاط جميع الإجابات حيث يحدّد مجموع النقاط النهائي وجود اكتئاب لدى الشخص من عدمه، كما وشدة هذا الاكتئاب إن وجد.

[296] لوسيل "مقاطعة": من هذا المنظور إذن تعتبر هذه الطريقة موضوعية، وهذا لعدم وجود تحيزات من قبل المعالج أو الطبيب، واعية أو لاواعية.

رجل الكهف: إنّ عدم وجود أي تأثير للمعالج أو للطبيب ينتفي بالكامل في الاختبارات والمقاييس التي يقوم بها المريض لوحده. لكن هناك مقاييس تقييم يقوم بها الطبيب أو المعالج. كما أنّ منها ما هو مجهزٌ للمرضى الداخليين في المشافي بحيث يملأ الاستبيان أحد أفراد الطاقم الطبي. إضافة إلى أنّه ليس من الضروري أن تكون إجابات المريض نفسه موضوعية، بل إنّي لأكاد أجزم أنّه يندر أن تكون كذلك، فالتحيزات الواعية واللاواعية لدى المريض لا بدّ موجودة وفاعلة. (رجل الكهف 2018: §163-206)

[297] لوسيل "بصوت خافت": هذا صحيح.

رجل الكهف: ومع ذلك، فإن لهذه الطريقة ما يميزها عن المقابلة العيادية بسبب سرعتها، وبساطتها، وسهولتها، وبالتالي فهي مثالية للأبحاث العلمية، أو الاستبيانات، أو الإحصاءات التي تُراد نتيجتها بسرعة.

ولأنها تحتوي على أسئلة محددة وإجابة محددة أيضاً، فإنّه يمكن أن يتم استخدامها للحصول على معلومات بعينها، وبسرعة. هذه الميزة مهمّة للاستبيانات العلمية على سبيل المثال، وهي مهمّة أيضاً في المشافي عندما يحتاج الطبيب إلى معلومات محددة لمعرفة حالة ما لدى المريض أو لتقرير سير العلاج، أو عند المتابعة الأسبوعية لحالة المرضى، أو بهدف مراقبة تطوّر عرض معين من الأعراض لدى المريض، ونحو هذا من أمور.

بل إنّ مزاياها تفوق هذا بأنّ سهولتها تسمح بإمكانية أن يقوم أفراد الطاقم الطبي بمتابعة ملئ هذه الاستبيانات، وبالتالي يتمكن الأطباء من

متابعة تطورات حالات جميع المرضى بقراءة هذه الاستبيانات دون الحاجة لأن يقوموا بمقابلة جميع المرضى كما هي الطريقة التقليدية التي تكلمنا عنها من قبل. وبهذا يكون لديهم الوقت كي يقوموا بإجراء تلك المقابلات العيادة مع مرضى محددين فحسب. (Anastasi 1997)

[298] داني: هذا صحيح، لقد بدأت أفهم الفرق بين المقابلات العيادية من جهة، وبين الاختبارات والمقاييس من جهة أخرى. لا يوجد واحدة تغني عن الأخرى أو أنها بالمطلق تتفوق عليها، لكن لكل واحدة سلبيات وإيجابيات، ويمكن توظيف كلّ نوع بالطريقة التي تجعلنا نستفيد من مزاياه بأكثر ما يمكن، ونتهرب من سلبياته قدر الإمكان.

على أي حال، أنا مهتم بنقطة قد أشرت إليها بقولك: "إضافة إلى أنه ليس من الضروري أن تكون إجابات المريض نفسه موضوعية، بل إني لأكاد أجزم أنه يندر أن تكون كذلك، فالتحيزات الواعية واللاواعية لدى المريض لا بدّ موجودة وفاعلة." (رجل الكهف 2018: 163§-206) فهل من طريقة لتخفيف هذا الأثر؟

[299] رجل الكهف: في الحقيقة إنّ طيف الاختبارات والمقاييس واسعٌ جداً، وغنيّ بالألوان، والمشكلة أنّ هناك الكثير من المناطق البينية التي تختلف فيها الآراء، إضافة إلى تنوعات القوالب والصياغات، ومن هم المرضى المستهدفون، وما هي أنواعهم، وخصائصهم، وصفاتهم، ومعايير كثيرة جداً تجعل من الحديث عن هذا الموضوع مهمة يطول أمد إنجازها.

على أيّ حال، سأذكر لكما أنّ هناك نمطاً من الاختبارات يحاول الكشف على ما يجول في لاوعي المريض ويتحكّم بمشاعره، وهذا يكون على عكس طرح الأسئلة والتي يجيب المريض عنها مفكراً بوعيه بوضوح في مقاييس التقييم. (أنظر *Lilienfeld, et al.* 2000)

[300] لوسيل "بتعجب": وما هي هذه الطريقة؟

رجل الكهف: هذه الطريقة تسمى الاختبارات الإسقاطية. ولها عدّة نماذج، لكن الفكرة العامة منها هي عرض صورٍ معينة، أو بقع حبر، أو رسمة مشوهة، ونحوها، ويتم تقييم الإجابات بحسب وصف المريض لهذه الصور، أو بقع الحبر وما يراه فيها.

لوسيل "مقاطعة": ما رأيك أن تعطينا بعض الأمثلة كي لا نبقى نتكلم في العموميات والتصنيفات التي لا تعنينا الآن في شيء.

الباب الثلاثون

مقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

(MMPI)

[301] **رجل الكهف:** فكرة سديدة يا لوسيل. إنّ أشهر مقياس شخصية، وأضخمها وأوسعها انتشاراً هو مقياس مينسوتا متعدّد الأوجه للشخصية. (ابراهيم 1998: 65)

لوسيل "بحماس": أخبرني عنه.

[302] **رجل الكهف:** حسناً، في الواقع إنّ الحديث عن مقياس مينسوتا تحديداً ليس بالأمر السهل. فإنّ لهذا المقياس تاريخاً طويلاً حافلا، وله اليوم العديد من الإصدارات والتنسيقات. لكن بشكل عام يمكنني القول إنّه يتكون بصورته الأصلية، أقصد بها النسخة النهائية من الإصدار الثاني، من خمسمائة وسبعة وستين سؤالاً يجاب عليها بصح أو خطأ أو لا أعرف -هناك إصدارات متنوعة تم بناؤها على هذه النسخة من المقياس والتي يختلف فيها عدد الأسئلة هذا من بين أمور أخرى. (بقاعي 2004: 146)

هذه الأسئلة متنوعة جداً وتشمل مختلف الجوانب، مثل: الصحة الجسدية، والعائلة، والعمل، والعلاقات الاجتماعية، والتوجهات الدينية، والميول الجنسية، والحالات المزاجية كالاكتئاب والهوس، والحالات الوسواسية والقهرية، وهلم جرا. (ملكية 2000: 10)

[303] لوسيل: وهل هي موجهة لشريحة عمرية معينة؟

رجل الكهف: في الواقع هي موجّهة لمن هم فوق سنّ السادسة عشرة، ولديهم تعليم متوسط فما فوق -مع أنّه قد لا يكون شرطاً صارماً لدى الجميع. (بقاعي 2004: 147)

[304] داني: هلّا شرحت لنا هذا المقياس وأخبرتنا بأسئلته هذه التي تتحدث عنها؟

رجل الكهف: كلا يا داني، لا يمكنني شرح أضخم وأوسع الاختبارات النفسية في العالم في غضون هذه الجلسة. هذه مهمّة مرهقة جداً وتستهلك وقتاً طويلاً يمكننا استثماره في الحديث عن أمور أخرى، لاسيما وأنّ مقياس مينسوتا متعدّد الأوجه للشخصية يناسب الاستخدام العيادي وليس الاستخدام الفردي، وبالتالي فهو معقدٌ جداً وضخمٌ جداً مع فائدة محدودة جداً لكما ولمن سيقرأ الكتاب الذي ستنشرانه، لذا فإنّي أجد أنّه لا داعي للحديث عنه باستفاضة. (ابراهيم 1998: 65-66)

[305] على أيّ حال، إذا رغبتما في معرفة جميع تفاصيل مقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، فإنّي أنصحكما بقراءة هذين الكتابين:

كتاب MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for Administration and Scoring. Minnesota. فهو دليل استخدام وشرح لمقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في نسخته الثانية، مكتوب من قبل مطوري هذا المقياس هاثاواي وماكنلي. (1989 Hathaway & McKinley)

كما أنني أنصحكما بكتاب آخر هو *اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية* في طبعته السادسة (ملكية 2000).

هذان الكتابان ينوبان عن أيّ شرح من الممكن أن أقوم به الآن.

[306] داني "بسرور": أشكرك يا رجل الكهف. هذه فكرة جيدة.

رجل الكهف: في الحقيقة، يا داني، إنّ جميع الاختبارات تتضمن علائق ومتغيرات وشروطاً وتفاصيل لن أتمكن من الإحاطة بها كاملة لأن هذا الأمر يستهلك وقتاً طويلاً من جهة، ومن جهة أخرى أنا لا أقوم بتدريسكما الآن كي تصبحا أطباء أو معالجين نفسيين، وإنّما جلّ ما أبتغيه هو جعلكما على دراية كافية بما يتعلق بالاضطرابات النفسية بالإضافة إلى زوادة من المعلومات تفيدكما وتفيد أشخاصاً آخرين -عندما تقوم بتحرير هذا الحوار ونشره على شكل كتاب- آخرين في حيواتكم الخاصة. على أنّ هذا لا يجب أن يغنيكم عن مراجعة الأخصائيين النفسيين عند الشك بوجود اضطراب ما، ومن ثمّ متابعة العلاج مع الأخصائي أو الطبيب النفسي، كما أن حوارنا هذا يجب أن يحفزكم على قراءة المزيد من الكتب في أي موضوع أو أمر قد أثار اهتمامكم يا داني، ولهذا السبب أنا أزودك بقوائم طويلة من المراجع القيّمة في كل مرة.

داني "بابتسامة": نعم، هذا صحيح. أتفق معك تماما.

الباب الواحد والثلاثون

مقياس بيك للاكتئاب

Beck's Depression Inventory

(BDI)

[307] **رجل الكهف:** هل تذكران من هو آرون ت. بيك Aaron T. Beck؟

لوسيل "بحماس طفولي": أنا أتذكر. هو من أسس العلاج الإدراكي Cognitive Therapy، والذي يعرف اختصاراً ب CT، في ستينات القرن العشرين. (رجل الكهف 2019: 199)

[308] **رجل الكهف:** هذا صحيح يا لوسيل. ربما يعد آرون ت. بيك، الطبيب النفسي الأمريكي، من أشهر الأطباء النفسين في النصف الثاني من القرن العشرين. فله إسهامات كثيرة وهامّة جداً في العلاج النفسي، ومن ضمن مساهماته هذه مقياس لتحديد وجود الاكتئاب، وتقييم شدّته إن وُجد، والذي نشر إصداره الأول عام 1961. (Beck, *et al.* 1961)

هذا المقياس، يا لوسيل، هو من أكثر مقاييس الاكتئاب شيوعاً واستخداماً،

وإنّ ما يمتاز به مقياس بيك للاكتئاب عن مقاييس أخرى كثيرة هو أنه مصمم بطريقة تسمح للأشخاص العاديين باستخدامه في المنزل. وبالتالي إنّه مفيد كي يقوم الشخص بنفسه بمحاولة معرفة مستوى مزاجه المكتئب أو المنخفض. وبالتالي سيعرف إن كان بحاجة ضرورية لطلب العلاج.

ناهيك عن أنه يمكّن الشخص من المتابعة الروتينية لحالته المزاجية أيضاً. يا داني. نفس الأمر ينطبق على المراقبة العيادية أو حتى الداخلية، حيث تساعد بساطة المقياس، وسهولة استخدامه، وسرعة إنجازه على الفحص الأولي، وعلى المراقبة الدورية أيضا.

[309] داني: إنّه يتصف بعكس ما يتصف به مقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية.

رجل الكهف: هذا صحيح، يا داني.

[310] لوسيل: وما هي الأسئلة في مقياس بيك؟

رجل الكهف: في الحقيقة، يا لوسيل، إنّ مقياس بيك لا يحتوي على أسئلة ولا على عناوين لمجموعات الخيارات الواحدة والعشرين التي يتألف منها المقياس. لذا فإني سوف أضيف لكما عناويناً للمجموعات كي يسهل عليكما تمييزها.

لوسيل "بعيون لامعة": إني في توق لسماعها.

[311] رجل الكهف: اسمعي إذن. إنّ على الشخص أن يختار خياراً واحداً في كلّ مجموعة من المجموعات الواحد والعشرين التي يتألّف منها مقياس بيك للاكتئاب. وفي حال اختار الشخص خيارين ضمن نفس المجموعة، فإنّه يتم احتساب الخيار ذي الرقم الأعلى فقط.

إنّ التقييم يجب أن يكون بناءً على المزاج اليوم والآن بالنسبة للشخص.

[312] كل رقمٍ يمثل عدد نقاط، وبالتالي، بعد الانتهاء من اختيارِ واحد وعشرين خياراً، يتم احتساب مجموع النقاط والذي يمثّل شدّة الاكتئاب لدى الشخص يتمّ تقييمه وفق معيار سأخبركما به بعد أن ننتهي من المجموعات الواحد والعشرين والتي هي:

1- الحزن

0- أنا لا أشعر بالحزن.
1- أنا أشعر بالحزن.
2- أنا حزين كل الوقت ولا يمكنني الخروج من حالة الحزن هذه.
3- أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة لا تحتمل.

2- المستقبل

0- ليس لدي قلق حيال المستقبل.
1- لدي قلق حيال المستقبل.
2- أشعر أنه لا يوجد شيء ما أتطلع إليه.
3- أشعر باليأس حيال المستقبل وأن الأمور لا يمكن لها أن تتحسن.

3- الفشل

0- لا أشعر بأني شخصٌ فاشل.
1- أشعر أني قد فشلت أكثر مما يفشل الناس العاديون.
2- إنني لا أرى سوى الكثير من الفشل عندما أنظر إلى الماضي.
3- أشعر بأنني شخصٌ فاشل تماما.

4- الرضا

0- أشعر بالرضا حيال الأمور تماماً كما كنت في السابق.
1- لا أستمتع بالأشياء كما كنت أستمتع بها في السابق.
2- أنا لم أعد أحصل على أي رضاً حقيقي من أي شيء.

3- أنا غير راضٍ أو لدي مللٌ من كل شيء.

5- الشعور بالذنب

0- لا أشعر بأني مذنبٌ حيال شيء ما.
1- أشعر بأني مذنبٌ معظم الوقت.
2- أشعر بأني مذنبٌ تقريبا طوال الوقت.
3- أشعر بأني مذنبٌ طوال الوقت.

6- العقاب

0- لا أشعر أنّه تتم معاقبتي.
1- أشعر أنه قد تتم معاقبتي.
2- أنا أتوقع أن تتم معاقبتي.
3- أنا أشعر أنّه تتم معاقبتي.

7- خيبة الأمل

0- لا أشعر بخيبة أملٍ من نفسي.
1- أشعر بخيبة أملٍ من نفسي.
2- أشعر بالاشمئزاز من نفسي.
3- أنا أكره نفسي.

8- انتقاد الذات

0- لا أشعر أني أسوء من الآخرين.
1- أنني أنتقد نفسي على ضعفي وأخطائي.
2- أنا ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي.
3- أنا ألوم نفسي على كل شيء سيء قد حصل.

9- الانتحار

0- ليس لدي أيّ أفكار انتحارية.
1- لدي أفكار انتحارية لكنني لن أقوم بتنفيذها.

2- أنا أفضّل أن أنتحر.

3- لو أتيحت لي الفرصة المناسبة لكنت انتحرت.

10- البكاء

0- أنا لا أبكي أكثر من المعتاد.

1- أنا أبكي أكثر من المعتاد.

2- أنا أبكي الآن طوال الوقت.

3- لقد كنت قادراً على البكاء في السابق، لكني الآن غير قادر على البكاء حتى ولو أردت ذلك.

11- الانزعاج

0- أنا لست منزعجاً أكثر من السابق.

1- أنا منزعجّ الآن قليلاً أكثر من السابق.

2- أنا منزعجّ معظم الوقت.

3- أنا منزعجّ كل الوقت.

12- الاهتمام بالأشخاص الآخرين

0- لم أفقد اهتمامي بالأشخاص الآخرين.

1- أنا أقل اهتماماً بالآخرين مما كنت عليه في السابق.

2- لقد فقدت معظم اهتمامي بالآخرين.

3- لم يعد لديّ أي اهتمام بالأشخاص الآخرين.

13- اتخاذ القرارات

0- إن قدرتي على اتخاذ القرارات لم تتغير عما كانت عليه في السابق.

1- أنا أؤجل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل في السابق.

2- لديّ صعوبة في اتخاذ القرارات تفوق ما كانت عليه في السابق.

3- أنا لم أعد قادراً على اتخاذ أي قرارات.

14- المظهر الخارجي

0- لا أشعر أنني أبدو أسوأ مما كنت عليه في السابق.

1- لديّ قلق من أنني أبدو أكبر بالسن أو غير جذاب.

2- أشعر أن هناك تغييرات دائمة قد طرأت على مظهري والتي تجعلني أبدو غير جذاب.

3- أنا مقتنع أنني قبيح المظهر.

15- القدرة على العمل

0- أستطيع العمل بنفس الكفاءة التي كنت عليها في السابق.

1- إنّ الأمر يتطلب مني الآن جهوداً أكبر من السابق كي أبدأ القيام بعمل ما.

2- يتوجب عليّ أن أدفع نفسي بصوبةٍ بالغةٍ كي أقوم بشيء ما.

3- لا يمكنني القيام بأي عملٍ على الإطلاق.

16- النوم

0- أنا أستطيع النوم كالمعتاد.

1- أنا لا أستطيع النوم كالمعتاد.

2- أنا أستيقظ قبل ساعة أو ساعتين من المعتاد، كما أنّي أجد صعوبةً في العودة إلى النوم مرة أخرى.

3- أنا أستيقظ قبل عدة ساعات من المعتاد، كما أنّي أجد صعوبة في العودة إلى النوم مرّة أخرى.

17- التعب

0- أنا لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.

1- أنا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.

2- أنا أشعر بالتعب نتيجة القيام بأي عمل تقريبا.

3- أنا أشعر بالتعب لدرجة لا أستطيع فيها القيام بأي شيء.

18- فقدان الشهية

0- إنّ شهيتي ليست أقل من المعتاد.
1- إنّ شهيتي ليست جيدة كما كانت عليه في السابق.
2- إنّ شهيتي الآن أسوء بكثير مما كانت عليه في السابق.
3- ليس لديّ شهية على الإطلاق.

19- خسارة الوزن

0- لم ينخفض وزني مؤخرا. أو انخفض وزني انخفاضاً طفيفاً مؤخرا.
1- لقد انخفض وزني أكثر من كيلوغرامين.
2- لقد انخفض وزني أكثر من أربع كيلوغرامات ونصف.
3- لقد انخفض وزني أكثر من سبع كيلوغرامات.

20- القلق على الصحة الجسدية

0- أنا لست قلقاً على صحتي أكثر من المعتاد.
1- أنا قلقٌ حيال الأمراض العضوية من مثل الأوجاع وآلام البطن والامساك والاسهال ونحوها.
2- أنا قلقٌ جداً حيال الأمراض العضوية لدرجة أنه من الصعب عليّ التفكير بأمور أخرى.
3- أنا قلقٌ جداً حيال الأمراض العضوية لدرجة أنني لا أستطيع التفكير بأمور أخرى.

21- الرغبة الجنسية

0- لم ألحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس مؤخرا.
1- أنا أقلّ اهتماماً بالجنس عما كنت عليه.

2- أنا تقريباً ليس لدي اهتمام بالجنس.

3- لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماما.

[313] لوسيل: هذا رائع يا رجل الكهف، أخبرنا عن تقييم مجموع النقاط من فضلك.

رجل الكهف: إن أقل مجموع ممكن للأرقام هو صفر، بينما أعلى مجموع ممكن هو ثلاثة وستون. وإن تقييم هذه النقاط يكون على الشكل التالي:

مجموع النقاط من 00 إلى 10: هذه التقلبات المزاجية تعتبر طبيعية.

مجموع النقاط من 11 إلى 16: انزعاج مزاجي بسيط.

إنَّ مجموع النقاط الذي هو أقل من 17 يعني أن الشخص ليس لديه اكتئاب وبالتالي ليس بحاجة لرعاية طبية.

[314] يتضح مما سبق أن الحدّ الذي قد يتم عنده تقرير المتابعة العيادية هو 17 نقطة فما فوق. حيث يمثل هذا الحد الفاصل الذي يبدأ عنده تقييم وجود اكتئاب، وإن درجات هذا الاكتئاب يتم تحديدها على النحو التالي:

مجموع النقاط من 17 إلى 20: اكتئاب خفيف.

مجموع النقاط من 21 إلى 30: اكتئاب متوسط.

مجموع النقاط من 31 إلى 40: اكتئاب حاد.

مجموع النقاط أكثر 40: اكتئاب حاد جدا.

[315] داني "بسرور": لقد أحببت هذا المقياس كثيرا.

رجل الكهف: لست وحدك يا داني. لقد أحبه واستخدمه ملايين الأشخاص خلال نصف قرن من الزمن، قبل أن تسمع أنت بوجوده.

داني "ضاحكا": لقد صدقت في هذا.

رجل الكهف: وكأنك تعني أني كاذب فيما دونه يا داني!

داني "بخجل": لم أقصد هذا بالتأكيد.

الباب الثاني والثلاثون

مقياس هاملتون للاكتئاب

Hamilton Rating Scale for Depression

(HRSD)

[316] **رجل الكهف:** لا عليك يا صديقي. دعنا نتابع الرحلة.

لوسيل "وهي تصب القهوة": هل ستحدثنا عن مقياس آخر؟

رجل الكهف: قبل أن ينشر آرون ت. بيك مقياسه للاكتئاب بسنة، قام الطبيب النفسي الألماني المولد، البريطاني النشأة، ماكس هاملتون بنشر مقياسه الخاص للاكتئاب. (1960 Hamilton)

[317] **دالي:** وهل هو يشبه مقياس بيك للاكتئاب؟

رجل الكهف: في الواقع كلا. إنّ هذا المقياس مصمّم للمرضى الداخليين، وبالتالي هو غير صالح للاستخدام الفردي خارج مراكز الرعاية، وذلك لأن طبيعة المجموعات وما تركّز عليه من تأثيرات البيئة ونحوها تناسب مراكز الرعاية والمشافي وليس البيئة الخارجية.

[318] داني "مقاطعا": هو في هذا يشبه مقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، ويخالف مقياس بيك للاكتئاب.

رجل الكهف: هذا صحيح. على أني أعتقد أن الاستعمال الأمثل لمقياس هاملتون هو في التقييمات الأسبوعية للحالة المزاجية للمرضى الداخليين. هذا لأن اختيار البديل المناسب في كلّ مجموعة يعتمد على الحالة خلال الأسبوع الماضي وليس في لحظة ملئ الاستبيان كما هو حال مقياس بيك للاكتئاب.

[319] لوسيل "بحماس": أخبرنا عن مجموعات التقييمات من فضلك.

رجل الكهف: في الحقيقة إنّ المقياس الأصلي الذي نشره هاملتون عام 1960 مكتوب بطريقة علمية أكثر منها طريقة استبيانٍ جاهزٍ للاستخدام، لهذا السبب، ستجدين، يا لوسيل، صياغات مختلفة لمجموعات الخيارات السبعة عشر لمقياس هاملتون للاكتئاب. (ibid.) وأنا انتخبت لنفسي واحداً منها لأن صياغته واضحة وذات دلالة محددة، كما أنّ مراكز رعاية ومشافي عديدة تستخدم هذه النسخة من المقياس.

[320] لوسيل "مقاطعة": جميلٌ جدا. أنا أثق بخياراتك بالطبع.

رجل الكهف: وبالنسبة لموضوع النقاط، فالحال يطابق تماماً الذي فعلناه في مقياس بيك قبل قليل، حيث نحسب مجموع أرقام الخيارات التي تم تحديدها وبناءً عليه يتم تحديد شدة الاكتئاب خلال الأسبوع المنصرم بصورة تقريبية.

هذا ولقد ألحق بمقياس هاملتون أربع مجموعاتٍ من التقييمات من أجل المزيد من المعلومات العيادية، على أنّه لا يحتسب أيّ نقاط من هذه التقييمات الاضافية. وإنّي قد انتخبت هذه المجموعات الأربعة من نسخة أخرى غير تلك التي اعتمدت صياغتها للمقياس الرسمي.

[321] دالي "مقاطعاً بصبر نافذ": هلا أخبرتنا عن المجموعات السبعة عشر والأربعة الإضافية يا صاحبي.

رجل الكهف: أعيد التذكير أنّ التقييم الذي يتم اختياره يجب أن يكون تقييماً للأسبوع المنصرم بشكلٍ عام، وليس للحظة الحالية التي يتم ملئ الاستبيان فيها فحسب.

[322] والآن، أيها العجولان، إليكما المجموعات السبعة عشر الأساسية التي يتم احتساب مجموع نقاطها:

1- مزاج مكتئب

(حزن، عجز، انعدام الأمل، انعدام القيمة)

0- غير موجودة.
1- لا يتم التعبير عن هذه المشاعر إلا عند السؤال عنها.
2- تم التعبير عن هذه المشاعر لفظياً بصورة عفوية.
3- تم التعبير عن هذه المشاعر بطريقة غير لفظية. على سبيل المثال، عبر تعابير الوجه، أو الميل إلى البكاء.
4- التعبير عن هذه المشاعر بطريقة لفظية أو غير لفظية يتم فقط بصورة عفوية. باستثناء هذا، فإن الشخص لا يقوم بالتعبير عن هذه المشاعر على الإطلاق.

2- مشاعر الذنب

0- غير موجودة.
1- لوم ذاتي مع شعور أنه قد خذل الناس.
2- اجترار أخطاء الماضي أو أفكار عن الذنوب أو الخطايا.
3- أوهامٌ عن الذنوب. إن المرض الحالي هو عقاب نزل به.
4- يسمع أصواتاً تتهمه، و(أو) يعيش هلوسات بصرية تتوعده.

3- الانتحار

0- غير موجود.
1- يشعر أنّ الحياة لا تستحق أن تعاش.
2- يتمنى لو أنه ميت، أو أيّ أفكار عن موت متوقع له.
3- أفكارٌ أو ايماءاتٌ انتحارية.
4- محاولات انتحار.

4- الأرق – أول الليل

0- لا يوجد صعوبة في الخلود إلى النوم.
1- هناك بعض الصعوبات في الخلود إلى النوم بين الحين والآخر لمدّة أكثر من نصف ساعة في كل مرة.
2- صعوبةٌ في الخلود إلى النوم كل ليلة.

5- الأرق – خلال الليل

0- لا صعوبة.
1- يشعر بالاضطراب والانزعاج خلال الليل.
2- الاستيقاظ خلال الليل.

(إنّ أي استيقاظ في الليل يتم تقييمه 2 باستثناء الاستيقاظ لدخول المرحاض)

6- الأرق – آخر الليل

0- لا صعوبة.
1- الاستيقاظ خلال ساعات الصباح الباكر لكن يعود الى النوم.
2- عدم القدرة على العودة إلى النّوم إذا نهض من السرير.

7- العمل والأنشطة

0- لا صعوبة.
1- أفكارٌ ومشاعرٌ عن عدم الكفاءة، التعب، أو الوهن، فيما يتعلق بالأنشطة، أو العمل، أو ممارسة الهوايات.
2- فقدان الاهتمام بالأنشطة، أو الهوايات، أو العمل. وقد يعبّر المريض عن هذا إمّا بشكلٍ مباشر، أو بشكلٍ غير مباشر عن طريق إظهار الكسل والتردد والتذبذب. إنّ المريض يشعر أنّه بحاجةٍ ليغصب نفسه كي يقوم بعمل ما أو نشاط ما.
3- انخفاضٌ في الوقت الذي يقضيه في الأنشطة، أو انخفاض إنتاجيته في العمل.
4- توقفٌ عن العمل بسبب المرض الحالي.

(في المشفى، إن تقييم 3 يجب أن يُعطى للمريض الذي لا يقضي على الأقل ثلاث ساعات يومياً في نشاط ما، كهواية أو كعمل في المشفى. وهذا باستثناء الأعمال الروتينية اليومية والتي لا يجوز احتسابها ضمن هذا التقييم. كما إنّ تقييم 4 يجب أن يُعطى للمريض الذي لا يقوم بأيّ نشاط -باستثناء الأعمال الروتينية- أو في حال فشل المريض في القيام بالمهام الروتينية لوحده دون مساعدة)

8- التباطؤ

(بطء في توارد الأفكار، بطء في سرعة الكلام، ضعف القدرة على التركيز، انخفاض النشاط الحركي)

0- سرعة الكلام وتوارد الأفكار طبيعيان.
1- بطءٌ خفيف خلال المقابلة.
2- بطءٌ واضح خلال المقابلة.

3- صعوبةٌ في إجراء المقابلة.
4- في حالة ذهولٍ تام.

9- الاضطراب

0- لا يوجد.
1- يلعب ب -مثلاً- يده، أو شعره، وغيرهما.
2- فرك اليدين، قضم الأظافر، العض على الشفاه.

10- القلق - نفسي

0- لا يوجد.
1- شعورٌ ذاتيّ بالتوتر والتهيج.
2- القلق حيال أمورٍ بسيطة.
3- هناك سلوكٌ قلقيّ واضح في وجهه أو كلامه.
4- يفصح عن مخاوفه للآخرين دون أن يتم سؤاله عنها.

11- قلق – جسدي

(إن ما يرافق القلق من أعراض فيزيولوجية هي من مثل: جفاف الفم، الإسهال، الغازات، تشنجات في الجهاز الهضمي، التجشؤ، خفقان القلب، الصداع، التنهد، التعرق، التبول زيادة عن المعتاد)

0- لا يوجد.
1- خفيف.
2- متوسط.
3- شديد.
4- عجز تام.

12- أعراض جسدية - الجهاز الهضمي

0- لا يوجد.
1- انخفاض في الشهية لكنه يأكل بدون تدخّل الطاقم الطبي. شعور بثقل في البطن.
2- صعوبة في الأكل من دون أن يتم حثّه من قبل الطاقم الطبي. بحاجة -أو هو يطلب- أدوية مسهلة أو أدوية للأمعاء، ونحوها مما يتعلق بالجهاز الهضمي.

13- أعراض جسدية - عامة

0- لا يوجد.
1- ثقل في الأطراف، أو في الرأس أو في الظهر. ألم في العضلات، فقدان الطاقة، والتعب.
2- أي عرض واضح بشكل قاطع يتم تقييمه 2.

14- أعراض جنسية

(الأعراض الجنسية كانخفاض الرغبة الجنسية، أو اضطرابات في الحيض، وغيرهما)

0- غير مؤكد، أو لا يوجد.
1- خفيف.
2- حاد.

15- توهم مرضي

0- لا يوجد.
1- الإنغلاق على نفسه منشغلاً بأمور صحية جسدية.
2- الإنشغال الدائم بالصحة.

3- شكاوى متكررة، أو طلبات للمساعدة متكررة، ونحوهما.
4- توهمٌ مرضي.

16- انخفاض الوزن

إذا كنت تقوم بالتقييم بناءً على العامل التاريخي استخدم هذا المقياس:

0- لا يوجد انخفاضٌ في الوزن.
1- انخفاضٌ محتملٌ في الوزن مترافق مع هذا المرض.
2- بحسب المريض، هناك انخفاضٌ مؤكد في الوزن مترافق مع هذا المرض.

أما بالنسبة للتقييم الأسبوعي الذي يقوم به الطبيب في الجناح، عندما يكون بالإمكان قياس التغيرات الفعلية في الوزن، فاستخدم هذا المقياس:

0- خسارةٌ أقل من نصف كيلوغرام خلال أسبوع.
1- خسارةٌ أكثر من نصف كيلوغرام خلال أسبوع.
2- خسارةٌ أقل من كيلوغرام خلال أسبوع.

17- الاعتراف بالمرض

0- يقرّ بأنه مريضٌ ومكتئب.
1- يقرّ بأنّه مريضٌ لكنه يعزي مرضه إلى المناخ، أو إلى أكل ما قد أكله، أو إلى الإفراط في العمل، أو إلى الحاجة للراحة، أو عدوى، وهلمّ جراً.
2- ينفي أن يكون مريضاً على الإطلاق.

هذه هي الأسئلة السبعة عشر التي تحتسب نقاطها. فإذن، عند هذه النقطة يكون لدينا، يا صديقيّ، مجموع النقاط الكلية والتي سنذهب لنرى نتيجة الاستبيان، لكن قبل ذلك، يجب أن ننتهي من المجموعات الأربعة الإضافية التي لا تحتسب لها أي نقاط وهي كما يلي:

18- التغير اليومي

(بما أنّ الأعراض قد تكون أسوء في الصباح أو في المساء، فيجب تحديد أي منهما هو الذي يتم تقييمه)

0- لا تغير
1- تغير خفيف. صباح - مساء.
2- تغيير شديد. صباح - مساء.

19- الانفصال عن الواقع والانفصال عن الذات

(مشاعر من اللاواقعية، أفكار عدمية)

0- غير موجود.
1- خفيف.
2- متوسط.
3- شديد.
4- عجز.

20- أعراض شكوكية

(ليست ذات طابع اكتئابي)

0- لا يوجد.
1- متوجس.
2- يفكر في أنّ أموراً اعتباطية تحمل إشارات ورسائل له -ما يعرف بالإشارة.
3- وهم الإشارة أو توهم الاضطهاد -أنه مضطهد.
4- هلوساتٌ شكوكية وتتعلق بالاضطهاد.

21- أعراض وسواسية

(أفكار وسواسية وقهرية يعاني منها المريض)

0- لا يوجد.

1- خفيف.

2- شديد.

[323] لوسيل "بسرور": لقد لاحظت الاختلاف بينها وبين مجموعات مقياس بيك. ماذا الآن عن نتيجة مجموع النقاط؟

رجل الكهف: في الواقع، يا عزيزتي، لا تختلف الإصدارات المتنوعة لمقياس هاملتون بصياغة وقولبة التقييمات والمعايير فحسب، بل إنّ تقييمات مجموع النقاط متباينةٌ بين النماذج والاصدارات المختلفة، وبالتالي تختلف نتائجها المحددة لشدّة الاكتئاب.

بيد أن هذا الاختلاف ليس جوهريا. وهذا لأننا نرى أنّه بشكلٍ عام يتم اعتبار مجموع سبعة نقاط فما دون على أنّه مؤشر على عدم وجود اكتئاب لدى الشخص.

[324] وعلى الرغم من أنّ تحديد الخط الفاصل ما بين الحاجة للرعاية العيادية من عدمها يتراوح ما بين أربعة عشر إلى عشرين نقطة، إلا أنّ الشائع هو اعتبار سبعة عشر نقطة كافية لإقرار الحاجة للرعاية الطبية.

إضافة إلى ما سبق، فإن خمسة وعشرين نقطة فما فوق تعتبر على الدوام -لدى مختلف الإصدارات- دليلاً على الاكتئاب الحاد.

[325] إذن، يا داني، إن ما هو متعارف عليه فيما يخص نتيجة تقييم مقياس هاملتون للاكتئاب هو كالتالي:

مجموع النقاط من 00 إلى 07: لا يوجد اكتئاب.

مجموع النقاط من 14 الى 20: بحاجة للرعاية الطبية.

مجموع النقاط أكثر من 24: اكتئاب حاد.

[326] داني: هذه ملاحظة مهمة جداً تشكر على توضيحها لنا. على أن لدي فضولاً للتعرف على بعض التقييمات المستخدمة في الإصدارات المتنوعة لمقياس هاملتون. فهلا أعطيتنا بعض الأمثلة؟

رجل الكهف: لك ذلك، فانتبه معي، فإني سأسوق لك ثلاثة أمثلة لمقاييس مختلفة كي تلاحظ الفرق بينها:

[327] *المثال الأول يتم استخدامه كثيراً في الدراسات العلمية: (2010 Roffman)*

مجموع النقاط من 00 إلى 07: لا يوجد اكتئاب.

مجموع النقاط من 08 إلى 15: اكتئاب خفيف.

مجموع النقاط من 16 إلى 25: اكتئاب متوسط.

مجموع النقاط أكثر من 25: اكتئاب حاد.

[328] *المثال الثاني:*

مجموع النقاط من 00 إلى 07: لا يوجد اكتئاب.

مجموع النقاط من 08 إلى 13: اكتئاب خفيف.

مجموع النقاط من 14 إلى 18: اكتئاب متوسط.

مجموع النقاط من 19 إلى 22: اكتئاب حاد.

مجموع النقاط من 23 إلى 61: اكتئاب حاد جدا.

[329] *المثال الثالث:*

مجموع النقاط من 00 إلى 09: لا يوجد اكتئاب.

مجموع النقاط من 10 إلى 13: اكتئاب خفيف.

مجموع النقاط من 14 إلى 17: اكتئاب خفيف إلى متوسط.

مجموع النقاط أكثر من 17: اكتئاب متوسط إلى حاد.

داني "بسرور بالغ": أشكرك على تلبية طلبي يا صديقي.

الباب الثالث والثلاثون

مقياس مونتغمري-أوسبيري للاكتئاب

Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale

(MADRS)

[330] **رجل الكهف:** *لقد تمّ انتقاد مقياس هاملتون للاكتئاب على وجود نقائص عدة فيه كما وانحرافات عن الدقة أو عدم موائمة لتطورات الحالات. هذه أمورٌ لن أخوض في تفاصيلها الآن فأمرها لا يعنينا. على أنّ الذي يعنينا هو الحديث عن إحدى المحاولات الإصلاحية الجذرية والتي سيكتب لها النجاح المبهر لتصبح ثاني أشهر مقياسٍ للاكتئاب وأوسعها انتشارا (Maust, et al. 2012).*

هذا المقياس، يا لوسيل، هو نتيجة تعاون البروفيسور البريطاني ستيوارت مونتغمري Stuart Montgomery مع الطبيبة النفسية السويدية ماري أوسبيري Marie Åsberg للتغلب على بعض ثغرات مقياس بيك للاكتئاب، ونُشر عملهما هذا رسمياً عام 1979 ليحمل اسمهما سوياً، *مقياس مونتغمري-أوسبيري للاكتئاب*. أو كما هو متعارف عليه باسمه المختصر، *مادرس*.

[331] **لوسيل:** وكيف يكون هذا المقياس؟

رجل الكهف: إنّ استبيان مادرس يحتوي، كما جرت العادة، على مجموعات من التقييمات المتنوعة، والتي يحصل فيها الفرد على نقاط تساوي رقم البديل الذي اختاره، ومن ثم يتم جمع هذه النقاط لتحديد مدى وجود اكتئاب أم لا، وشدّة هذا الاكتئاب في حال وجوده.

[332] لكنه يختلف عن مقياس بيك للاكتئاب وعن مقياس هاملتون للاكتئاب . بجميع نماذجه وصيغه- يكون البدائل المتاحة في كلّ مجموعة هي على نوعين، الأول منهما التقييمات الرئيسية، وهي التي تشبه تلك الموجودة في مقياس بيك ومقياس هاملتون، وعددها أربعة. لكن يضاف عليها ثلاثة بدائل بينية لا تحتوي على تقييم، بل إنّها موجودةٌ كي يتم اختيارها في حال كان -على سبيل المثال- المعيار الثاني لا يعطي التقييم الصحيح، أو الدقيق، ولا المعيار الثالث أيضا. لأن التقييم الأكثر دقة هو في الواقع يقع بين هذين البديلين - ربما تقييم 02.50 يكون هو الأكثر دقة.

لهذا السبب، فإنّ مقياس مونتغمري-أوسبيري للاكتئاب يمتاز عن غيره بإتاحة هذه الخاصية. وبالتالي، فإن هذا المقياس يحتوي على أربعة بدائل رئيسية هي 0، 2، 4، 6. وثلاثة بدائل بينية تقع بين تلك البدائل الرئيسية، ولا تحتوي على أي تقييم مستقل وهي: 1، 3، 5.

[333] دالي "ضاحكا": من المؤكد أنّ تعاون سويدية وبريطاني سينتج عنه تحذلق مثل هذا. ما الذي يمكنك أن تتوقعه أقل من ذلك!

رجل الكهف: صدقت في هذا، ولو أني أشم رائحة تحذلق سويدي أكثر منه بريطاني في هذه الحالة. على أي حال، دعنا نستعرض المجموعات العشرة:

دالي "بغبطة": كلي آذان صاغية.

[334] رجل الكهف: مقياس مونتغمري-أوسبيري للاكتئاب:

1- حزن ظاهر

ظهور اليأس والقنوط والغمّ في الكلام، وفي تعابير الوجه -بالطبع أكثر من حالة حزن أو روح معنوية منخفضة مما هو معتاد وعابر، أنتما تعرفان هذا جيداً.

0- لا حزن.

1-

2- يبدو بروح معنوية منخفضة لكن بإمكانه أن يشرق دون صعوبة.

3-

4- يبدو حزيناً وغير سعيد معظم الوقت.

5-

6- يبدو في حالِ مزريةِ كلّ الوقت. في حالة قنوط تام.

2- تقارير الحزن

ظهور تقارير عن مزاج مكتئب، بغض النظر عما إذا كان هذا المزاج المكتئب ظاهراً للعيان أم لا.

قم بتضمين الروح المعنوية المنخفضة، أو القنوط، أو الشعور بأنه لا يمكن مساعدته مع فقدان للأمل.

قم بالتقييم بناءً على الشدة، والمدة، والمدى الذي يبقى فيه المزاج متأثراً بالأحداث.

0- الحزن بين الفينة والأخرى بسبب بعض الظروف.

1-

2- حزينٌ أو بروح معنوية منخفضة، لكن بإمكانه أن يشرق دون صعوبة.

3-

4- تفشّي مشاعر الحزن أو الغم. المزاج لا يزال يتأثر بالظروف المحيطة.

5-

6- استمرار، أو ثبات الحزن، أو التعاسة أو القنوط.

3- التوتر الداخلي

ظهور مشاعر انزعاج يصعب وصفه، أو اضطرابٍ داخلي، أو تزايد التوتر الذهني كي يصل حدّ الهلع، أو الجزع أو المعاناة النفسية.

قم بالتقييم بناءً على الحدة والمدة ومعدل التكرار والمدى الذي تتطلبه إعادة الطمأنينة.

0- هادئ. فقط لحظاتٌ عابرةٌ من التوتر الداخلي.

1-

2- مشاعر من القلق التوتر بسبب القلق بين الفينة والأخرى، ومشاعر انزعاج يصعب توصيفه.

3-

4- شعورٌ مستمرٌ بالتوتر الداخلي، والهلع المتقطع الذي يستطيع الشخص السيطرة عليه بصعوبة.

5-

6- فزعٌ شديد أو معاناةٌ نفسية. شعورٌ غامر بالهلع.

4- انخفاض عدد ساعات النوم

ظهور آثار انخفاض مدة النوم أو عمقه مقارنة بما هو معتاد بالنسبة للشخص عندما يكون معافى.

0- النوم هو كالمعتاد.

1-

2- انخفاضٌ طفيفٌ في القدرة على النوم، أو عدد ساعات النوم، أو أنّ النوم أصبح متقطعاً، أو خفيفا.

3-

4- انخفاض عدد ساعات النوم أو انقطاعه لساعتين على الأقل.

-5

6- النوم أقل من ساعتين أو ثلاث.

5- انخفاض الشهية

ظهور شعور بفقدان الشهية مقارنة بشهية الشخص المعتادة عندما يكون معافى.

قم بالتقييم بناء على فقدان الرغبة بالطعام أو الحاجة إلى أن يقوم الشخص بإجبار نفسه كي يأكل.

0- شهيةٌ طبيعيةٌ أو أعلى من الطبيعة.

-1

2- انخفاضٌ طفيفٌ في الشهية.

-3

4- لا يوجد شهية. الطعام لا مذاق له.

-5

6- بحاجة إلى الاقناع كي يأكل أي شيء.

6- صعوبات التركيز

ظهور صعوباتٍ في تجميع الأفكار بسبب انخفاض القدرة على التركيز.
قم بالتقييم بناء على شدة العجز، ودرجته ومعدل تكراره.

0- لا يوجد صعوبات في التركيز.

-1

2- مصاعب في تجميع الأفكار بين الفينة والأخرى.

-3

4- صعوبات في التركيز، وفي الحفاظ على سيل الأفكار مما يخفض القدرة

على القراءة، أو إجراء محادثة مطولة.

-5

6- غير قادرٍ على القراءة أو إجراء محادثة إلا بصعوبة بالغة.

7- فقدان الطاقة

ظهور صعوبة في بدء القيام بالأنشطة اليومية أو بطء في تنفيذها.

0- بالكاد توجد أي صعوبة في البدء بالأعمال. لا يوجد خمول.

-1

2- صعوباتٌ في بدء القيام بالأنشطة.

-3

4- صعوباتٌ في بدء القيام بالأنشطة الروتينية البسيطة. هناك حاجة لبذل جهد كي يتم تنفيذ هذه الاعمال البسيطة.

-5

6- فقدانٌ تامٌ للطاقة. غير قادرٍ على القيام بأي شيء دون مساعدة.

8- عدم القدرة على الشعور

إقرار الشخص بانخفاض اهتمامه بمحيطه، أو بتلك الأنشطة التي تسعده عادة. انخفاض القدرة على اظهار مشاعر مناسبة للأشخاص أو تلائم الظروف.

0- اهتمام عادي بالأمور المحيطة وبالأشخاص الآخرين.

-1

2- انخفاض القدرة على الاستمتاع بالأنشطة الاعتيادية.

-3

4- فقدان الاهتمام بالأمور المحيطة. فقدان المشاعر أو الأصدقاء أو المعارف.

-5

6- وجود حالة من الشلل العاطفي، غير قادر على الشعور بالغضب، أو الحزن، أو السعادة، وفشل كامل -بل فشل مؤلم- لإظهار التعاطف تجاه الأصدقاء وأفراد العائلة المقربين.

9- أفكار تشاؤمية

ظهور أفكار عن الذنوب، والخطايا، والدونية، والندم، وتأنيب الضمير.

0- لا وجود لأفكار تشاؤمية.

1-

2- أفكار متذبذبة عن الفشل وتأنيب الضمير والاستخفاف بالذات.

3-

4- اتهامات للذات بشكل مستمر، أو أفكار عن الذنوب والخطايا بشكل حاسم لكن عقلاني. تزايد التشاؤم حيال المستقبل.

5-

6- أوهام عن الندم أو عن خطايا لا يمكن إصلاحها. اتهامات للذات غير عقلانية -بل وسخيفة- إلا أنها ثابتة في ذهن الشخص لا يمكن تفنيدها.

10- أفكار انتحارية

ظهور مشاعر أنّ الحياة لا تستحق أن تُعاش، وأنّ الموت الطبيعي مرحبٌ به، مع وجود أفكارٍ انتحارية، وتحضيراتٍ للانتحار.

يجب الانتباه هنا أنه لا يجب أن تؤثر محاولات الانتحار بحدّ ذاتها في هذا التقييم.

0- استمتاع بالحياة أو تقبلها كما هي.

1-

2- منهكٌ من الحياة. أفكار انتحارية عابرة.

3-

4- ربما سأكون أفضل حالاً وأنا ميت. الأفكار الانتحارية شائعة, وإن الانتحار يعتبر أحد الحلول الممكنة, لكن لا يوجد عزيمة للانتحار أو خطة محددة له.

5-

6- خطط جلية للانتحار عندما تتاح الفرصة. القيام بالتجهيز للانتحار.

[335] لوسيل: إنه بالفعل مقياس جذاب. ما دلالة مجموع النقاط يا ترى؟

رجل الكهف: إن نتيجة النقاط هي على النحو الآتي:

مجموع النقاط من 00 إلى 06: طبيعي. لا يوجد أعراض اكتئابية.

مجموع النقاط من 07 إلى 19: اكتئاب خفيف.

مجموع النقاط من 20 إلى 34: اكتئاب متوسط.

مجموع النقاط من 34 إلى 60: اكتئاب حاد.

لوسيل "بسعادة": لقد قمت بعمل رائع يا رجل الكهف.

دالي "ضاحكا": لقد بدا لي المقياس أقل تحذلقاً مما توقعت، في الحقيقة إني أراه فعالاً بهذه الطريقة، لذا فلا عجب من اتساع انتشاره.

الباب الرابع والثلاثون

مقياس زانغ الذاتي للاكتئاب

Zung Self-Rating Depression Scale

[336] **لوسيل "بخجل":** أريد منك أن تخبرني عن مقياس ذاتي آخر يكون مثل مقياس بيك، سهلاً ومصمماً للاستخدام الفردي، أو المنزلي، إن شئت.

رجل الكهف: اجلسي هنا بجانبي، سأخبرك عن مقياس ذاتي وسهل الاستخدام، ابتكره الطبيب النفسي ويليام دبليو. ك. زانغ William W.K. Zung ونشره عام 1965 (Zung 1965) كمقياس ذاتي الاستخدام لتحديد شدة الاكتئاب. لاحقاً، أصبح هذا المقياس يعرف باسم مقياس زانغ الذاتي للاكتئاب، ونال انتشاراً واسعاً أيضاً -كحال المقاييس سابقة الذكر.

[337] **لوسيل "بعيون لامعة":** هذا رائع! أخبرني عنه بالتفصيل لو سمحت.

رجل الكهف: إن مقياس زانغ الذاتي للاكتئاب هو عبارةٌ عن جدولٍ من عشرين صفاً، كلّ واحد منها هو فقرة تتعلق بأمر ما -إنّها مثل المجموعات في المقاييس السابقة- وهناك أربعة أعمدة هي: قليل من الوقت، وبعض الوقت، وكثير من الوقت، ومعظم الوقت. وبالتالي يقوم الشخص بوضع إشارة في الخانة

التي تناسب حالته لكل فقرة من الفقرات العشرين.

[338] داني "مقاطعا": يبدو الأمر سهلاً ومباشرا.

رجل الكهف: يبدو لك هذا. بيدَ أنّ هذه العشرين فقرة هي، في واقع الأمر، مقسّمة إلى نوعين، نصفها يتم تقييمه ايجابياً، والنصف الآخر يتم تقييمه سلبيا. بمعنى آخر، إن عشر فقرات منها يتم تقييمها تصاعدياً بحسب الأعمدة المذكورة، وعشرة أخرى يتم تقييمها تنازلياً. وبالتالي، صحيح أنّ ملء خانات الجدول هو أمر سهل ومباشر، إلا أنّ إحصاء النقاط لكل خانة ليس كذلك.

[339] داني "بارتباك": لم أفهم شيئا!

رجل الكهف: ركّز معي. لدينا عشرون فقرة، يا داني، وكل فقرة منها يتم تحديدها بأحد الخيارات الأربعة التالية:

- قليل من الوقت.
- بعض الوقت.
- كثير من الوقت.
- ومعظم الوقت.

هل هذا واضح؟

[340] داني "بانتباه": نعم.

رجل الكهف: الفكرة هي أن تقييم هذه الخيارات يختلف بين الفقرات، فلدينا الفقرات 01، 03، 04، 07، 08، 09، 10، 13، 15، 19 يتم تقييم نقاطها كما يلي:

01- قليل من الوقت.
02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

لكن بالمقابل، يتم تقييم الفقرات 02، 05، 06، 11، 12، 14، 16، 17، 18، 20 بالعكس تماماً من الفقرات السابقة، وذلك كما يلي:

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

[341] داني: لقد فهمت الفكرة الآن، هذا لأن هناك أسئلة إيجابية وأخرى سلبية.

رجل الكهف: هذا صحيح.

[342] لوسيل "بتشوش": لقد قلت لي عن مقياس سهل، أين هي السهولة في هذا؟

داني: كلام لوسيل صحيح. لماذا لا تخبرنا بهذه الفقرات العشرين وخياراتها بنفس الطريقة التي أخبرتنا فيها بالمقاييس السابقة، ودعنا من هذا الجدول المزدوج المربك.

[343] رجل الكهف: لكما ذلك. إن مقياس زانغ الذاتي للاكتئاب هو:

1- أنا أشعر بالكآبة والحزن

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

2- أنا أشعر بأفضل حالاتي في الصباح

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

3- لدي نوبات من البكاء، أو أشعر بالرغبة في البكاء

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

4- لدي مشاكل في النوم خلال الليل

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

5- أنا آكل بنفس القدر الذي أنا معتاد عليه

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

6- أنا لازلت أستمتع بممارسة الجنس

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

7- أنا ألاحظ أن وزني ينخفض

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

8- لدي حالة امساك

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

9- قلبي ينبض أسرع من المعتاد

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

10- يصيبني الإنهاك دون سبب واضح

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

11- إنّ صفاء ذهني لم يتغير

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

12- إنّ ممارسة الأعمال التي أنا معتاد عليها هو أمر سهل

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

1- لديّ حالة من التململ ولا أستطيع الجلوس بهدوء

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

14- ليس لديّ أمل في المستقبل

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

15- أنا سريع الغضب أكثر من المعتاد

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

16- إنّ اتخاذ القرارات هو أمر سهل بالنسبة لي

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

17- أشعر أنّي شخص له قيمة لدى الآخرين ويحتاجه أشخاص آخرون

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

18- أشعر أن حياتي ممتلئة تماما

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

19- أشعر أن الآخرين سيكونون أفضل حالاً لو كنت ميتا

01- قليل من الوقت.

02- بعض الوقت.

03- كثير من الوقت.

04- معظم الوقت.

20- لازلت أستمتع بالأمور كما كنت في السابق

04- قليل من الوقت.

03- بعض الوقت.

02- كثير من الوقت.

01- معظم الوقت.

[344] لوسيل "بفرح طفولي": هذا رائع يا رجل الكهف. هكذا سنكتفي بتحديد البديل المناسب وسنعرف عدد نقاطه.

داني: يبقى علينا، إذن، معرفة معيار تقييم النقاط المجموعة.

[345] رجل الكهف: من الواضح أن أقلّ مجموع نقاط ممكن هو عشرون، على فرض أنّ الشخص قد أحرز نقطة واحدة في كل فقرة، وإنّ أعلى مجموع نقطا ممكن هو ثمانون، وهذا على فرض أنّ الشخص قد اختار البدائل التي أعطته أربعة نقاط لكل فقرة. وبين هاتين الحالتين المتطرفتين تتواجد التقييمات التالية:

مجموع النقاط من 20 إلى 44: مزاج طبيعي.

مجموع النقاط من 45 إلى 59: اكتئاب خفيف.

مجموع النقاط من 60 إلى 69: اكتئاب متوسط.

مجموع النقاط أكثر من 69: اكتئاب حاد.

الباب الخامس والثلاثون

اختبار روشاخ

Rorschach Test

[346] لوسيل: لقد أخبرتني، يا رجل الكهف، عن طريقةٍ تسمّى الاختبارات الإسقاطية. وقلت لي إنّ لها عدّة نماذج، لكن الفكرة العامة منها هي عرض صورٍ معينة، أو بقع حبرٍ، أو رسمةٍ مشوهةٍ، ونحوها، ومن ثمّ يتم تقييم الإجابات بحسب وصف المريض لهذه الصور، أو بقع الحبر وما يراه فيها. هلّا حدثتنا عن هذه الاختبارات قليلاً، لأنني أعتقد أن فكرة نماذج مجموعات التقييم تلك قد اتّضحت تماما.

رجل الكهف: إنّ الاختلاف الجوهري بين الاختبارات الإسقاطية، وكلُّ من مقاييس الاكتئاب التي تحدثنا عنها، والمقابلة العيادية التي استفضنا في شرحها آنفاً، هو أنّ الاختبارات الإسقاطية تحاول تجاوز عتبة الوعي، والنفاذ بشكل مباشر إلى لاوعي الشخص دافعةً إياه إلى إبراز، أو إظهار -أو نبذ، بحسب التعبير التحليلي- بعض المشاعر أو الرغبات وإلقائها على موضوعٍ ما -بحسب التعبير التحليلي- شيء أو شخص.

[347] لوسيل: أقسم أنني لم أفهم شيئا.

رجل الكهف: وأنا أقسم أنني حاولت التبسيط جهد استطاعتي. دعينا نحاول من جديد بلغة معدومة التقنية.

لوسيل: سأركز معك جيداً.

رجل الكهف: إنّ المقابلات العيادية ومقاييس الاكتئاب الاستبيانية التي تحدثنا عنها آنفاً، تركز على الأعراض الفيزيولوجية والواعية. لأنها تتعلق إمّا بما هو ظاهر على الشخص للعيان، أو بما يشعر به الشخص نفسه. أليس كذلك؟

[348] لوسيل "بتركيز": نعم هذا صحيح.

رجل الكهف: الاختبارات الإسقاطية التي سألتني عنها لا تهتم، من حيث المبدأ، بكلّ ما سبق. لأنها ترى أنّ سبر أعماق اللاوعي، هو ما يهمّ في حقيقة الأمر. وهذا لأن اللاوعي هو من يتحكم في الوعي وفي الأعراض الظاهرة على أيّ شخص (Dipaola, *et al.* 2015). هل يبدو هذا معقولا؟

[349] دالي: في ضوء ما علمتنا إيّاه مسبقاً، يبدو هذا تفكيراً سديداً (رجل الكهف 2018: 194§).

رجل الكهف: جميلٌ جدا. على أنّ الأمر ليس بالبساطة التي قد تتوقعها. فتحت هذه المظلة عدة توجهات -كما كان الأمر في الاستبيانات التي انتهينا منها للتو.

[350] دالي "مقاطعا": أخبرنا عن أهمها أو أشهرها.

رجل الكهف: يعود الفضل في هذا المجال بشكل كبير إلى الطبيب النفسي النابغة، السويسري، هيرمان روشاخ. لقد أسس روشاخ ما يعرف باختبارات

بقع الحبر، التي هي عبارة عن مجموعة صور لبقع حبر يتم عرضها على المريض ومراقبة ما يراه فيها، ومن ثم تحليل هذه النتائج للوصول إلى التشخيص. هذه هي الفكرة العامة بكل تبسيط.

لقد انتهى روشاخ من بناء نظريته كاملة ونشر اختباره الخاص، الذي يتكون من عشر بطاقات عليها بقع حبر متنوعة، بصيغته الكاملة في كتابه *التشخيص النفسي* ***Psychodiagnostics*** الذي نشره، وهو بعمر السادسة والثلاثين، وقبل وفاته بعام واحد فحسب. (Rorschach 1938)

[351] **لوسيل : لا بد أنه كان شخصاً عبقرياً، من المؤلم أنه قد توفي باكرا.**

رجل الكهف: في الحقيقة، نعم، لقد كان شخصاً ذكياً بشكل استثنائي. إنّ المدرسة التي أسسها قد تابعت التطور بعده، وبنى آخرون اختبارات عبر تطوير وتصويب اختباره أو بواسطة الاعتماد على اختباره أو على فكرة بقع الحبر خاصته.

[352] **داني "بحماس": هلا شرحت لنا هذا الاختبار من فضلك؟**

رجل الكهف: ليس هذه المرة يا صاح. فمن جهة، إنّ اختبار روشاخ معقد بالكثير من التفاصيل والمجموعات ويحتاج شروحات طويلة وتأسيسية عن كيفية الاسقاط وكيفية الولوج إلى اللاوعي، ونحو هذا من أمور. (أنظر (2018 Choca & Rossini

ومن جهة أخرى، إن اختبار روشاخ، لا في نسخته الأصلية ولا بنسخه المعدلة، هو فعال في الاستخدام المنزلي مقارنة بمقاييس أخرى، كمقياس بيك للاكتئاب على سبيل المثال. لهذا السبب فإني لا أتوقع فائدةً كبيرةً ستستفيد أنت منها أو أولئك الذين سيقرؤون كتابك لاحقا، في حال شرعنا في الخوض في اختبار روشاخ هذا.

داني: أتفهّم هذا جيدا. وأنا أتفق معك أنّ الأشخاص غير المتخصصين سيقومون

بالاحتكام إلى مقياس بيك -بل حتى أي واحد من المقاييس السابقة. بدل الاحتكام إلى بقع حبر تسبر أعماق اللاوعي.

[353] لوسيل "بعيون لامعة": لكن هل تعرف أي كتاب قد يسهل من فهم اختبار روشاخ؟ لأنني أشعر بفضول للاطلاع عليه.

رجل الكهف: بالتأكيد يا لوسيل. أنا أنصحك بقراءة كتاب (Kumar 2010) فهو يحتوي على نسخة محدثة عن مقياس روشاخ، كاملة ومنظمة وواضحة. أما إن أردت نسخة مبسطة مختصرة فإني أقترح عليك قراءة (عبد الفتاح 2003).

هذا وإني سأقوم بالطبع، كما أفعل دائماً، بتزويدكما بمراجع ودراسات كثيرة تتعلق باختبار روشاخ -كحال جميع الاختبارات الأخرى- لاحقا.

لوسيل "بفرح كبير": هذا كرمٌ كبيرٌ منك يا رجل الكهف.

الباب السادس والثلاثون

اختبار تفهم الموضوع

Thematic Apperception Test

(TAT)

[354] داني "مازحاً": ما رأيك أن نترك بقع الحبر وننتقل إلى نمط إسقاطي آخر؟ لقد ذكرت الصور أيضاً، أليس كذلك؟

رجل الكهف: هذا صحيح يا داني. وإنّ أشهر اختبار إسقاط بعد اختبار روشاخ هو اختبار تفهّم الموضوع، الذي كان ثمرة تعاون هنري ماراي Henry Murray مع كريستينا مورغان Christiana Morgan والذي نشرته لهما جامعة هارفرد بعد نشر اختبار روشاخ -ووفاته أيضاً- بعقد ونيف من الزمن فحسب -منتصف ثلاثينات القرن العشرين.

[355] داني "بتعجب": ماذا تقصد بتفهم الموضوع؟

رجل الكهف: أقدّر تعجبك هذا، فالاسم تقريباً لا يحمل أي معنى باللغة العربية. وإنّي قد حاولت جهد استطاعتي إيجاد تسمية دقيقة تعني ما يعنيه

الاسم بلغته الأم، إلا أنّ جهدي ذهب أدراج الرياح، لذا فالتزمت استخدام الاسم المعروف -والحق أني أفعل هذا كثيراً، وليس في هذه المناسبة فحسب.

على أي حال، يا داني، سأشرح لك ما هو اختبار تفهّم الموضوع وعندها سأستطيع أن أشرح لك ماذا يعني تفهم *الموضوع*.

[356] داني "بحماس": كلي آذان صاغية.

رجل الكهف: إنّ اختبار تفهم الموضوع، حاله كحال زميله اختبار روشاخ، أصبح له مع مرور الزمن العديد من الإصدارات والتطويرات والتعديلات. إلا أنّني سأشير إلى الاختبار المعياري، والذي لا يتكون من عشر بطاقات فحسب مثل اختبار روشاخ، بل هو يتكون من واحد وثلاثين بطاقة، ثلاثون منها تحتوي على صور متنوعة باللونين الأبيض والأسود، وواحدة منها فارغة.

[357] لوسيل "مقاطعة بتعجب": لماذا؟

رجل الكهف: إنّ الصور، يا لوسيل، مصممة كي تثير مشاعراً معينة لدى الشخص أو أن تختبر مشاعره في نواح معينة، أو تختبر إدراكه للصورة التي هي معروضة عليه، وتتنوع هذه الصور بعناية حتى تغطي جميع النواح المطلوبة لدراسة الحالة.

يُطلب من المريض في كلّ صورة، أن يصف ما يراه، وأن يضع سياقاً معيناً للصورة، وبيئة محددة لها. كما أنّ عليه أن يتخيل حواراً يدور بين الشخصيات في الصورة، أو القيام بتفسير ظواهر معينة أو أشكالٍ معينةٍ في الصور، ونحو هذا من أمور يتحكم بها المعالج كي يكتشف كيف يتحكم لاوعي المريض في إدراك وعيه للأمور المختلفة. أو بكلمات أخرى، كي يكتشف ما هي تلك النظارة التي ينظر بها لاوعيه إلى العالم، وكيف يتحكم بوعيه أيضاً، وهذا كي يتم العمل على حلّ المشكلة لاحقاً بصورة أكثر تحديداً كما يرى مناصرو هذا الاختبار. (أنظر Balcetis & Dunning 2006)

[358] لوسيل: وماذا عن تلك البطاقة البيضاء؟

رجل الكهف: جيّد أنك ذكرتني بها. في تلك البطاقة، على المريض أن يبتدع هو صورة من ذهنه، وأن يقوم أيضاً، بوصف سياقها، وبيئتها، وشخصياتها، ومشاعرهم وباقي الأمور الأخرى. وهذه، برأيي، تعطي ثقلاً أكبر للتشخيص التي قد بدأ بالتبلور لدى المعالج من خلال الصور السابقة. فإنّ من الواضح تماماً، الفرق بين إجابات الشخص المتفائل من الشخص المتشائم، والشخص السعيد من الحزين، والشخص الذي هو في نوبة اكتئاب حاد وذلك الذي هو في نوبة هوس، ونفس الشيء لاضطرابات القلق، واضطرابات الشخصية، وهلم جرا. فإن دماغ كل فرد، في قسمه اللاواعي، هو من سيحدد نظرته للعالم، وكيفية تعاطيه معه. ألم نشرح هذا من قبل؟ (رجل الكهف 2018: §163-206)

داني "بابتسامة": بلى بالطبع.

رجل الكهف: الآن سأعود للإجابة على سؤالك عن المقصود بتفهم الموضوع.

[359] **داني** "بحماس": نعم هذا جيد.

رجل الكهف: المقصود بتفهّم هنا هو الطريقة التي يقوم فيها الدماغ في قسمه اللاواعي بمعالجة أمرٍ ما. وفي هذه الحالة، إنّ هذا الأمر هو الموضوع الذي أمامه والذي يتم النظر إليه ومحاكمته.

وبالتالي يكون المعنى الكليّ لاختبار تفهم الموضوع هو أنه اختبار لمعرفة كيفية تعامل دماغ الشخص مع الواقع الخارجي.

[360] **داني** "بسرور": لقد أصبح الأمر منطقياً ومفهوماً الآن، لك جزيل الشكر. بيد إنّ لدي في الواقع فضولاً للتعرف أكثر على اختبار تفهم الموضوع. هلّا رشحت لي أحد المراجع؟

رجل الكهف: هذا سؤالٌ منصف. حيث يمكننا الحديث في شأن آخر الآن، عوضاً عن اختبار تفهم الموضوع. والذي أنصحك للتعرف عليه أكثر بشكل عملي بالعودة إلى كتاب (2001 Aronow, E., *et al.*). وكالعادة، سوف أزوّدك بمراجع أكثر لاحقاً.

داني "بسرور بالغ": هذا رائع!

الباب السابع والثلاثون

صراعات مع الاكتئاب

[361] لوسيل "بحماسها الطفولي": ما رأيكما في أن نطلع على بعض تعليقات المصابين بالاكتئاب على مواقع التواصل الاجتماعي؟

رجل الكهف: تبدو هذه مهمةً لا نهائية يا لوسيل.

لوسيل "بخجل": بالتأكيد ليس كلّ شيء يا رجل الكهف، إنّي أفكر فقط في أخذ لمحة من مشاعر وتجارب أولئك الذين عايشوا نوعاً ما من الاضطرابات الاكتئابية.

داني "بحماس": أعتقد أنها فكرة مثيرة.

رجل الكهف: يبدو أنّ أكثرية الأصوات هي لصالحك يا لوسيل. فلننظر في بعض التعليقات على فيديوهات عن الاكتئاب اذن.

[362] سوسن: لقد مررت في هذه الحالة من قبل. نومٌ كثير أو سهرٌ طويل. انعدام للشهية ونقصان في الوزن. ملل دائم. إحساس بالفراغ والوحدة. تفكير في كل الأمور السيئة التي حصلت معي منذ الطفولة. يأس وغضب لأتفه الأسباب.

حوار مع رجل الكهف ...

داهد رجل الكهف

تعب جسدي. إحساس بالضعف وعدم الثقة في النفس. انعدام ...

الحياة، بل وتمني الموت أيضا. الوجود نفسه لا قيمة له. كره الأهل. عدم ...

أي شيء على إسعادي حتى أولئك الأشخاص الذين أحبهم. عدم الاهتمام

بمظهري الخارجي. عدم خروجي من الغرفة. البكاء. الاختناق. وجع ...

الصمت المطبق، فالكلام نفسه لم تعد له أيّ قيمة أو فائدة.

[363] ليلى: إنك تصفني بالضبط في هذا الفيديو! تأتيني أيامٌ من الإرهاق الشديد لدرجة أنّ قيامي من السرير يصبح بمثابة مهمة صعبة التنفيذ. إنّ الأكل، وممارسة الرياضة، والاستحمام، وتنظيف غرفتي كلها أمور تحتاج جهداً عظيماً لا يمكنني بذله. لذا، فإنّي أبقى طريحة الفراش، لا أسمع أي شيء، ولا آكل أيّ شيء، أكره كل الناس، أكره حياة البشر. لم يعد هناك طعم لكل ما يجده الناس ذي معنى. أهلي يعتقدون أنني أتظاهر هكذا دلعاً، بينما أنا في حقيقة الأمر أموت ببطء.

[364] مريم: لقد تعبت. إني أعاني من الاكتئاب منذ أربع سنوات. أنا أبكي ليل نهار، وأفكر في الانتحار كثيراً، بيد أن كل أهلي ضدي، لذا فإني أبقى وحيدة على الدوام وأشعر باغتراب عن الناس. أقسم لكم إنني أموت.

لوسيل: إنّ عدم تفهم الأهل ووعيهم بوجود الاضطرابات النفسية هو أمر يعاني منه الكثيرون.

رجل الكهف: هذا صحيح، ولذا علينا الحديث أكثر عن الاضطرابات النفسية كي تصبح جزءاً مألوفاً في الثقافة الشعبية فننقذ الشباب من أمثال ليلى.

[365] دالي: بما أنك ذكرت الثقافة الشعبية، انظر هذا التعليق:

سمير: أنا عمري اثنان وثلاثون سنة، كنت أعيش حياة سعيدة، ثم تعرضت لسحر فقدت على إثره كل أحاسيسي. أنا جسد وهواء مهما فعلت. أقسم أني

لا أشعر بأي شيء على الدوام. لا أعرف معنى السعادة والرغبة والفرح. أنا أتعذب نفسياً كل دقيقة، وأنا على هذا الحال منذ سنة ونصف. أبكي تقريبا كل يوم، لقد فعلت كلّ شيء كي أشفى دون فائدة. فأنا قد ذهبت الى العمرة، وقمت بالحجامة، والرقية الشرعية. ومن ثم ذهبت إلى أطباء نفسيين وزرت طبيب أعصاب. دخلت إلى مصحة نفسية وشربت بعض الأدوية ولكن لا توجد نتيجة. لقد فقدت الأمل في الشفاء وها أنا أعلن استسلامي. أنا أتعذب ولم أعد أستطيع التحمل أكثر. إني أتمنى أن يقرأ تعليقي هذا شخص لديه حالة مثل حالتي أو طبيب للمخ والأعصاب، فربما ينقذني من ابتلائي الكبير.

[366] **رجل الكهف: هذا مثال جيد يا داني لعدة أسباب، فهو من جهة يعطي مثالاً على الفكر الشعبي الذي مازال سائداً حتى اليوم، فإن لم ينكر الأهل بالكلية وجود اضطراب نفسي كحال أهل ليلى وأهل مريم، فربما يعزونه الى السحر والشعوذة. وهنا ينشط الدجالون اللذين يقتاتون على آلام الناس. وعندما يئس سمير منهم، لجأ إلى الأطباء، لكنه لم يطق عليهم صبراً، وهذا هو الجانب الآخر في هذا التعليق، فإن كان مجمل وقت معاناته سنة ونصف، فإن هذه بالتأكيد ليست مدة كافية كي يصل الى نتيجة مرضية لاسيما ان أخذنا بعين الاعتبار المدة التي قضاها منها بين الدجالين والمشعوذين ناهيك عن تأثره واقتناعه النفسي بما يقدمونه له. على أيّ حال، أتمنى أن يأسه لم يمنعه عن متابعة العلاج، فإن فعل، فلا بد أن حاله قد تحسن منذ ذلك الوقت. وأنا، لهذا السبب، أضم صوتي إلى عشرات المعجبين بتعليق هذه السيدة التي كتبت فيه:**

[367] **سعاد: أتمنى أن يفهم الجميع أن الاكتئاب هو خلل في كيمياء الدماغ وليس قلة إيمان أو بعدًا عن الرب.**

[368] **لوسيل "بحماس":** انظرا الى هذا التعليق الذي أفاد العلاج صاحبه.

محمد: أنا أعاني من هذا المرض منذ أربع سنوات. جربت الانتحار مرةً بتعاطي كمية كبيرة من الأدوية، ومرة بجرح نفسي بالسكين. لكن عندما راودتني الأفكار الانتحارية للمرة الثالثة قبل بضعة أشهر، بدأت العلاج الدوائي، والذي ساعدني بشكل ملحوظ على التخلص منها. إنّي أنصح الجميع باتباع العلاج، فهو قد ساعدني بكل تأكيد.

[369] داني "بسرور": وهذان تعليقان آخران أيضا.

خالد: لقد عانيت لمدة أربعة أشهر من كل أعراض الزملة الاكتئابية التسعة التي ذكرتها في هذا الفيديو. أصبحت فيها حياتي دون طعم، فكرت في الانتحار عدة مرات، سافرت وخرجت في نزهات. ومن ثم راجعت طبيباً نفسياً والتزمت العلاج الدوائي حتى جاء اليوم الذي شفيت فيه تماما.

علي: هناك أمل! أنا كنت أعاني من الاكتئاب، ولكني بعد التزام العلاج أصبحت الآن شخصاً اجتماعياً، مرحاً، محبوباً، كثير الابتسام، محباً للحياة. إني أريد أن أقول لجميع مرضى الاكتئاب: هناك أمل. أقسم لكم أن هناك أمل!

[370] لوسيل: وهذا الشخص قد استفاد من العلاج أيضا.

سومر : إن الاكتئاب مرضٌ كأي مرض آخر. إنه خلل في بعض وظائف الجسم، فبالتالي يجب على الشخص البحث عن العلاج المناسب مع الصبر ثم الصبر ثم الصـــبر وهذا لأنه قد يتم تغيير العلاج عدة مرات حتى يجد الطبيب الجرعة المناسبة وخليط الأدوية المناسب وعندها فالشفاء قادم بإذن الله. لا تيأس ولا تجزع ولا تهتم ولا تقلق ولا تخف، فإن الفرج قريب. لقد عانيت من الاكتئاب لمدة ستة أشهر أصبحت فيها حياتي بلا معنى وغير ذات فائدة، وأصــبح كل ما هو حولي حالك الظلمة، فانتابني الخوف والقلق الشـديدان على نفسي وعلى عائلتي. وعندما أطلعت أحد الأصـدقاء على الأمر بقي يلح عليّ كي أســتشــير طبيباً، وهذا ما فعلته. حيث بدأت رحلة العلاج مع هذا

الطبيب الذي قام فيها بتغيير العلاج والجرعات أكثر من أربع مرات حتى بدأت أتحسن. والآن، أنا أتذكر أيامي الماضية وأتحسّر على كل شخص مصاب بهذا المرض ولم يجد من يقنعه بالذهاب إلى الطبيب كما أقنعني صـديقي. لذا، فإنني أحببت مشـاركة تجربتي هذه لعلي أسـتطيع تحفيز البعض على زيارة الطبيب والتزام العلاج معه وأن يقاوم هذا المرض ولا ييأس، فالعلاج ناجع وفعال.

رجل الكهف: بالتأكيد يا صـديقيّ، إنّ العلاج فعال لهذا المرض الذي آلم كل من أصيب به. على أي حال، انظرا كيف وصف هؤلاء الأشخاص الاكتئاب.

[371] **خالد:** مرض دمار، والله دمار.

جورج: أنا الآن مثل المحكوم عليه بالإعدام. إني أنتظر الموت في كل لحظة. إنها النهاية. نهاية بشعة.

[372] **خولة:** الاكتئاب هو عدم قدرتك على الإحساس بالسعادة بالأشياء التي كانت تشعرك بالسعادة.

مروان: إنّ مجرد تفكيري في أنني سأنتحر يشعرني براحة. إنّ الشيء الوحيد الذي يؤرقني هو احتمالية فشل الانتحار. لاسيما وأنّ لي تجربة سابقة.

[373] **خديجة:** إنّي أعاني من الاكتئاب منذ سنوات. إنّ كل يوم هو تحد جديد للحياة. الأفكار الانتحارية تراودني بشكل يومي. لديّ محاولات انتحار فاشلة. عندما أفتح عيني كل صباح، أسأل نفسي: لماذا أنا لا أزال على قيد الحياة؟ إني في الحقيقة لا أعرف ما هي الحكمة من حياتي.

روان: أقسم أنّ الموت أرحم من هذه الحياة التي أعيشها، أنا موقنة أن الموت راحة. لقد حاولت الانتحار ثلاث مرات في السابق. والآن أتمنى أن تدهسني سيارة وأموت كي يكون حادثاً طبيعياً في نظر أهلي ومعارفي.

[374] أنس: أنا لا أحب أن أنظر في المرآة. أنا لا أعطي لنفسي أي قيمة، وكأني شخص غير موجود. أنا لست كباقي الناس. إنني شخص منطوي. متوتر وقلق ومرعوب على الدوام. لا أحب أي ضوضاء، وأبكي بسرعة. لقد تعرضت لصدمة أثرت في تأثيراً قوياً جعلتني أعيش أياماً مظلمة بحق لأول مرة في حياتي جعلتني أشعر بضرورة مراجعة طبيب نفسي لأنني كنت سأفقد عقلي. أنا الآن أتعالج بمضادات الاكتئاب وفي تحسن تدريجي.

فرح: أنا تعبت من حياتي. فقدت المتعة في كل شيء. في بعض الأيام أشعر أن جسدي أثقل من أن أستطيع حمله كي أقف على قدمي. بل إنني لا أستطيع النوم أيضا. لقد تعبت كثيرا. لا شيء له أي معنى بالنسبة لي.

[375] حسن: أسال الله أن يشفيني وأن يشفي كل مريض. إني أمرّ بلحظات من الألم واليأس والخوف من المستقبل. أرجوكم ادعوا لي يا إخواني. لم تعد الحياة تعني لي شيئاً وأتمنى أن أنتحر في وقت قريب، بيد إن ما يدفعني لعدم الانتحار هو تفكيري في والدتي التي لن تطيق صبراً على فراقي. ومع هذا، فإني لا أعلم إلى متى سأتحمل. إني أشعر أن نهايتي قريبة. أرجوكم ادعوا لي عسى أن ينقذني الله وأن أستطيع إكمال حياتي وأن تفتخر بي والدتي في المستقبل.

كمال: أنا دائم الشعور بالتعب دون أن أقوم بأي عمل. إني أنام كثيراً وليس لدي جلدٌ على التفكير أو العمل أو الدراسة. إن عمري هو ثلاثة وعشرون عاماً، على أني أشعر أن عمري خمسون سنة.

[376] بيان: أنا مذهولة من دقّة وصفك في هذا الفيديو. إنّك تصف حالتي بالضبط. أنا مذهولة بالفعل. لم أتوقع أن أسمع هكذا وصف دقيق لحالتي. على أني لا أعرف ما هو العلاج. عليك أن تضيف ضمن الأعراض أيضاً عدم الاعتراف بالعلاج رغم علم المريض بمرضه، لأنني أعتقد أنه ما من شيء بإمكانه أن يخرجني من الحالة التي أنا فيها، وبالتالي أرفض فكرة العلاج، وهذا بـــ

فرط الإحباط واليأس الذي قد وصلت إليه.

رجل الكهف: لقد فسّرت عدم رغبتها بالعلاج أنه نتيجة فرط الإحباط واليأس، وبالتالي هو نتيجة عرض أساسي من أعراض الاكتئاب. لذا لا داعي لإضافة ما طلبت هي إضافته. انظرا إلى هذه السيدة أيضاً التي وصفت فقدانها للأمل نتيجة الاكتئاب بقولها:

[377] أميرة: إنني فاقدة الأمل في كل شيء. إنني أشعر أنني إنسانة غير مفيدة، عالة على نفسي وعلى غيري. لدي الكثير من الأحاسيس المختلطة لكن ليس لدي أي طاقة كي أتحرك أو أقوم بأعمالي الروتينية المنزلية البسيطة. إنني لم أعد أحبّ أي أحد من الناس الذين هم حولي وعلى الخصوص زوجي. إن الحياة أصبحت دون ألوان ودون معنى. كل يوم يتكرر تكراراً أبديا. أنا أحبس نفسي في منزلي لأني أكره الخروج منه. أكره الخروج للقاء الناس في أي مناسبة عامة. إنّي لا أستطيع مخالطة الناس على أي نحوٍ كان. لدي شراهة كبيرة في الأكل وزيادة في الوزن، وغير هذا من أمور لا طاقة لي بتعدادها الآن.

[378] لوسيل: انظرا إلى هذين المعلقين الذين اختزلا معاناتيهم مع الاكتئاب بكلمات بسيطة كما فعل خالد.

إيناس: الاكتئاب مرض فتاك.

أيمن: الاكتئاب قد دمرني تماما. إن الاكتئاب هو الدمار بعينه.

[379] داني: وهذان أيضاً يصفان معاناتيهما مع الاكتئاب بالدمار.

مراد: أتاني هذا المرض الخبيث عندما كنت في الثانوية العامة حيث بدأت بفقدان لذة الحياة. بعدها، تنقلت بين عدة تخصصات أثناء دراستي الجامعية ظناً مني أنّ المشكلة هي في التخصص الذي أدرسه. لكن بقيت معاناتي تزداد بدل أن تخف مما أوصلني إلى ترك الجامعة كلها رغم تفوقي الدراسي. في

وقت لاحق أجبرت على العودة إلى مقاعد الدراسة وها أنا أدرس الآن في الوقت الذي تخرج فيه زملائي السابقون وبدأوا جميعاً في العمل وتأسيس حيواتهم. إنني لا زلت لا أجد أي متعة فيما أفعل، ولا أرى أي مستقبل أمامي. وتأخري عن أقراني يزيدني حزناً وألماً وحسرة. باختصار، إن الاكتئاب قد دمرني.

شيماء: أنا أعاني من الاكتئاب. إنّ هذا المرض قد دمر حياتي. إنّ حياتي كانت ولا تزال رحلة مع الاكتئاب. إنني عاجزةٌ عن وصف المعاناة التي أعيشها وعاجزةٌ عن البوح بحجم الرعب والصراع والمقاومة. الاكتئاب هو دمار حقيقي للإنسان ولحياته.

[380] رجل الكهف: بالفعل إنّه دمار حقيقي للإنسان ولحياته ولحياة المحيطين به. أنظرا هذا الشخص الذي عجز أيضاً عن وصف معاناته مع الاكتئاب، فكتب بضع كلمات تعبّر عن معاناته.

فاروق: لا يحسّ بالجمرة إلا من اكتوى بها.

[381] لوسيل: انظرا الى هذه التعليقات.

يوهان: إن الأمراض النفسية هي أبشع أنواع الأمراض وأخطرها. إني لأفضل أن أصاب بالسرطان على أن أصاب بالاكتئاب.

عبد الرحمن: لقد عانيت من الاكتئاب ولا زلت أعاني منه. وإني لأصدقكم القول، إنّ النوبة الاكتئابية أقسى من أي ألم عضوي.

[382] محمود: أنا أعاني الاكتئاب لكنني أقاوم فكرة الانتحار حيث إني أقول لنفسي أنني سأموت عاجلاً أم آجلاً، فالأفضل أن أنتظر فربما تحدث معجزة وأجد علاجاً شافيا.

جمال: أنا أحسّ بالفراغ، وأبكي كثيراً، وأكره نفسي كرهاً شديدا.

[383] مروة: أنا أشكرك على هذه الفيديوهات، فبسببها قد عرفت ما هي معاناتي بشكل طبي وعلمي بعيداً عن الخرافات والشعوذة. لقد حفزتني كي أبحث أكثر في الموضوع، وشجعتني على زيارة طبيب نفسي والحصول على المساعدة الحقيقية التي أنا بحاجتها.

نسيم: لديّ نحافة شديدة، فوزني خمسون كيلوغراما وعمري أربع وعشرون عاما. لا أخرج من البيت إلّا نادرا. لديّ شعورٌ بانعدام القيمة، ودائما ما أفكر في أنني عالةٌ على أبي وعائلتي. أفكر في الموت على الدوام، وأفكر في كيفية إنهاء حياتي طوال الوقت. حاولت الانتحار مرة بشنق نفسي، ومرة بتعاطي الأدوية. في المرة الثالثة، ذهبت إلى مكانٍ معزول في الجبال ومع كمية من البنزين، أردت أن أحرق نفسي هناك، بيد أنّي تراجعت عن فعل هذا.

[384] إيمي: أنا مكتئبة. وإنّ الاكتئاب قد جعلني إنسانة فاشلة. أفكر في الانتحار كثيراً لكن ما يمنعني هو التفكير في الألم الذي سأسببه لوالديّ لو انتحرت بالفعل. عمري سبع وثلاثون سنة أضعتها في تربية ابنتي التي تركتني. وها أنا الآن وحيدة وقد ذهب عمري سدى، أضعت حياتي، وفشلت فيها.

رجل الكهف: في الواقع يبدو لي أن ما تعاني منه إيمي في الواقع هو مشكلة ترك ابنتها لها أكثر من كونها تعاني من اكتئاب سريري قد دمّر حياتها كما تعتقد. بالطبع أنا لم أقم بتشخيصها ولا أعرفها لكن هذا هو الشعور الذي راودني عند قراءة هذا التعليق. انظرا إلى هذا الحوار بين مقدم الفيديو وأحد المراهقين.

[385] محمود: عمري خمسة عشر سنة. منذ حوالي شهر ونصف بدأت أشعر أنّي في حالة اكتئاب. وبدأت أحس أن أفكاري وجسدي ليسا متناسقين. عندما أتكلم مع أحد ما أشعر أنّي شخص مختلف عما كنت عليه في السابق، هل أنا مكتئب؟

مقدم الفيديو: هذه مرحلة التحول من الطفولة الى الشـباب، يمر بها جميع الناس. هذا أمر طبيعي، لا تقلق، فسيتغير قريبا.

محمود: أشكرك جزيل الشكر، فردك هذا قد أراحني كثيرا.

[386] داني : هذه هي مشكلة قلة الوعي لدى الأهل التي أشرنا إليها مسبقاً، بل حتى إن النظام التعليمي يتحمل جزءاً من هذه المسؤولية في توعية المراهقين إلى ما يحصل معهم. انظر أيضاً إلى هذا الحوار والذي أيضاً يشير إلى ضرورة توعية الناس.

مهند: هل الشخص نفسه مسؤول عن الاكتئاب أم أن أموراً عضوية ونفسية خارجة عن إرادته هي المسؤولة؟

مقدم الفيديو: كلا، لا يمكن للإنسان نفسه أن يكون مسؤولا عن اكتئابه. لقد أوضحت في هذا الفيديو الأسباب البيولوجية والبيئية للاكتئاب.

مهند: أشكرك على هذا التأكيد. لأنّ جميع الناس من حولي يقولون على الدوام أن الاكتئاب هو نتيجة ضعف في الايمان أو عدم رغبة مني في أن أكون انساناً فعالاً وسعيداً في هذه الحياة. لقد فعلت كل ما بوسعي من تعليم لنفسي وتثقيف لها كي أستطيع أن أعرف نفسي أكثر وأن أتحكم بها لكن كل هذا من دون أي جدوى. وما زلت أقول إنّه ربما لا يزال هناك شيء لم أفعله أو لم أتقنه. لكني الآن بتّ فاهماً أن عليّ مراجعة طبيب أخصائي وعدم السماع لمن هم في محيطي. هذا هو الطريق الوحيد الذي لم أسلكه، والذي عليّ أن أسلكه.

[387] لوسيل: بالفعل، من الواضح أن انتشار التوعية بالاضطرابات النفسية لا يزال في بداياته. بما أننا نشير إلى بعض الحوارات فقد لفتت نظري هذه المحادثة التي تمّت على مر فترة من الزمن بين كل تعليق والذي يليه.

بشار: أنا أعاني من الاكتئاب. حاولت الانتحار عدّة مرات. أنا حزين ومرهق

والهموم تثقل كاهلي طوال الوقت، والمشاكل العاطفية تضغط عليّ وتزيد من الأمر سوءا. لقد حصل معي انهيار عصبي قبل أسبوع، واليوم قد خسرت عملي. أنا متعب جدا.

[388] مقدم الفيديو: أرجو أن تراجع أقرب مشفى أو مركز صحي يا بشار.

بشار [بعد مدة]: لقد راجعت المشفى كما طلبت منّي وأعطاني الطبيب دواء [يذكر اسم الدواء]. أشكرك على النصيحة يا أخي وأعتذر عن إزعاجك، فقد كنت أمرّ بظروف صعبة وكنت شديد العصبية ومشوش جداً، وأشعر بضغط نفسي مفرط. لقد فقدت الكثير من وزني ولم أعرف ماذا يجب عليّ أن افعل في أمر زواجي وطيف حبيبتي يلاحقني ولا أرى غيره.

مقدم الفيديو: خبر جيد. التزم هذا الدواء وأبق على تواصل مع طبيبك.

[389] فادي [معلق آخر]: أخي هل شفيت؟ أرجوك أجبني.

بشار : لقد بدأت بالتحسن منذ أن راجعت الطبيب والتزمت العلاج بناءً على نصيحة مقدم الفيديو. التحسن ملحوظ، لكن لا يمكنني الادعاء أني قد شفيت تماما.

فادي: منذ متى بدأت تظهر عليك الأعراض الاكتئابية؟

بشار: منذ ثلاث سنوات، أو ثلاث سنوات ونصف السنة.

فادي: سعيد بمعرفة أنك قد تحسّنت. أتمنى لك الشفاء التام قريبا.

بشار: شكرا.

[390] رجل الكهف: انظرا هذه التعليقات أيضا:

محمود: أرجوك تكلّم عن الانتحار لأنّ والدتي لا تصـدق بوجود الهواجس الانتحارية التي تسـيطر على فكر صـاحبها. إنها تعتقد ان الفقر هو سـبب

نزعتي الانتحارية.

ليندا: أنا منعزلةٌ منذ أربع سـنوات، أبكي كثيرا، وفقدت خمس كيلوغرامات من وزني خلال أقل من أسـبوع، ولدي فقدان شـهية، وتفضـيل للوحدة والعزلة، كل هذا بسبب صدمة نفسية حصلت لي. أنا في سن المراهقة لكني باردة الأعصاب ولا أهتم بأي شيء ولا أغضب لأي سبب، لا أستطيع النوم في الليل بل إني أنام في النهار، وأصبح السواد في عيني ملحوظ.

رجل الكهف: بما أن هذا قد حصل لها، فمن الممكن أن يكون لديها اضطراب ما بعد الصدمة.

[391] لوسيل: ما رأيك في هذا التعليق؟

مايا: يقول الأطباء إن عمّتي لديها اكتئاب. لكن في الواقع إنه يظهر عليها مرّة ثم تصبح معافاة تماما لعدّة أشهر. هي على هذا الحال منذ خمس سنوات، فهل فعلا لديها اكتئاب؟

رجل الكهف: إنّ الاكتئاب هو اضطرابٌ ذو نوبات، فنعم إذا تم تشخيصها بالاكتئاب فلا شيء يمنع من أن يكون كما تصف.

[392] داني: وأريد رأيك في هذا التعليق أيضا.

عبد الرزاق: أنا لدي اكتئاب، بل واكتئاب حاد على ما أظن منذ أكثر من عشرين سنة. تابعني المريض لمدة ثمان سنوات، في تلك المدة تناولت تقريبا كلّ أنواع مضادات الاكتئاب بدون فائدة اطلاقا. في آخر المطاف تم تشخيصي بأنني لسـت مريضـاً، بل الأمر هو مجرد أنّي خجول، لا أكثر ولا أقل. فأنا لا أخرج تقريبا من المنزل، لا أتكلم مع أحد، حتى إنه ليس لدي رغبةٌ في الكلام مع أمي وإخوتي. ليس لدي رغبة في الزواج ولا في المشيـ ولا في التحرك. أبكي مصـيري ليل نهار. حزين طوال اليوم منذ عشرـين سـنة. أصـبحت أتلذذ

بالتعاســة التي أنا فيها ولا أريد أن أكون ســعيدا ولو قليلا. حاولت الانتحار أكثر من أربع مرات بدون فائدة. همّي الوحيد، وهدفي الأوحد هو إيجاد طريقة لإنهاء هذه الحياة البائسة مهما كان الثمن. أعرف أنها آتية لا محال، أنا لا أبحث عن حل، فقط أريد أن أعرف هل أنا مريض؟ مع العلم أني اصبحت ملحداً.

رجل الكهف: بم تريد رأيي؟ طبعا هو مريض. كيف يشــك في هذا؟ ثم ما اهمية هذه العبارة الختامية (مع العلم أني أصـبحت ملحد)؟ نعم صـديقنا الملحد لديه اضطراب ما، وبحاجة إلى علاج.

[393] **لوسيل:** هلّا أجبت هذا السؤال من فضلك.

فيصل: هل المصاب بالاكتئاب الحاد لا يضحك أبدا؟

رجل الكهف: كلا، من الممكن أن يضحك لكن على الأغلب ليس ضحك سعادة. ألا تتذكران أن الأعراض كانت تقول معظم اليوم تقريبا كل يوم. لذا ليس بالضرورة أن يكون الحزن مستمراً أربعا وعشرين ساعة لمدة أسبوعين. وحتى ضمن نوبات الحزن قد يضحك من دون مشاعر سعادة. على أي حال هذا نادر.

الباب الثامن والثلاثون

هل الاكتئاب هو مرض العصر؟

[394] لوسيل: أريد رأيك في هذا التعليق يا رجل الكهف:

فتحي : إن الاكتئاب والأمراض النفسية المنتشرة عموماً لم تتجلّ بوضوح إلا مع تسارع وتيرة الحياة اليومية والمنافسة المحتدمة بين طبقات المجتمع المختلفة مما ولد ثقلاً غير طبيعي على كاهل الجهاز العصبي. يبدو أنه لهذا السبب نقول ببعض اللهجات العامية (تعبت أعصابي) أو (أعصابي تعبت). إنّ أسلوب الحياة والنظام المقيد للحرية الشخصية قد خلقا بؤرة خطيرة داخلنا يجب أن تتّجه الأبحاث لدراستها وإيجاد حلولٍ عمليةٍ بأسرع وقت ممكن.

[395] رجل الكهف: أنا أؤيد فتحي في تحليله، وأعتقد أني قد تحدثت لكما مسبقاً عن شيء من هذا القبيل. على أي حال إنّ فتحي لا يعلم أنّ هذا أمرٌ لم يخفَ على أهل الاختصاص، وأنّ هناك مئات، إن لم يكن آلاف، الاستبيانات، والاحصائيات، والدراسات والأبحاث حول العالم تتعلق بتطورات الاضطرابات النفسية عبر الزمن وعبر الأماكن سوف أقوم بتزويدكما بالكثير منها لاحقاً. وبالفعل، إن الاكتئاب هو اضطرابٌ يزداد انتشاراً على مرّ السنوات السابقة

وبوتيرة متسارعة، إنه اليوم أكثر تفشياً من أي وقت مضى.

داني "بتركيز": لقد فهمت أنك ستزودني بالكثير من الدراسات والأبحاث والاحصائيات ذات الصلة، لكن هلّا ذكرت لنا واحدة او اثنتين باختصار كي لا تبقى الصورة ضبابية لدينا، ولاحقاً سوف نقوم نحن بالاطلاع على المراجع التي ستزودنا بها.

[396] لوسيل: أتفق مع داني.

رجل الكهف: سأذكر لكما بعض الإحصائيات فقط كي تفهما ما أقول. إحصائياً، قد زاد انتشار الاكتئاب في أمريكا أربعمئة بالمئة في آخر عقدين من الزمن. وفي العقد الأخير وحده، زاد انتشار الاكتئاب بنسبة سبعة وثلاثين بالمئة بين المراهقين. وإنّ مضادات الاكتئاب زاد استخدامها بنسبة خمسة وستين بالمئة في آخر خمس عشرة سنة في أمريكا. وإن الانتحار هو ثاني أكبر مسبب للوفاة للفئة العمرية 19-29 سنة، بحسب تقرير نشرته منظمة الصحة العالمية قبل بضعة أشهر، ويمكنني أن أبقى حتى الصباح أزودكما بالأرقام والاحصائيات العالمية حول الاكتئاب. (2020 World Health Organization)

[397] لوسيل: هذه أرقامٌ رهيبة يا رجل الكهف. لمَ تعز هذه الزيادة؟ لقد قلت إنك تشاطر فتحي الرأي، فهلا أوضحت أكثر؟

رجل الكهف: السبب الرئيسي يا عزيزتي هو الحياة المدنية المعاصرة التي تضع ضغطاً لا يتحمّله جهازنا النفسي. بدءاً من رنين المنبه في الصباح الباكر، وحتى نومنا في الليل. نحن متوترون من أجل مواعيد مضبوطة بالدقيقة، وقوانين تضبط كل تحركاتنا أينما وجدنا، وضعنا المالي، القروض، الديون، البورصات، الإيجار، الجلوس على المكتب كل اليوم ضمن غرف مقفلة، سماع الاخبار التي تأتينا من كل حدبٍ وصوب، اهتمامنا بمواقع التواصل الاجتماعي وما يجري فيه، التلفزيون وقنواته، اهتمامنا باننا مقبولون اجتماعيا، بل وتنافسنا في هذا،

في أزيائنا، وأشكالنا، ومقتنياتنا، عدم ثقتنا بالأشخاص المحيطين بنا، عيشنا في المدن جنبا إلى جنب مع ملايين الأشخاص. جهازنا النفسي لم يتطور كي يتحمّل كل هذا.

إننّا تطورنا في الغابات ضمن مجموعات من العشرات، نعمل ونتحرك معظم الوقت، نعرف جميع من حولنا ونثق بهم ونعيش متكافلين معهم، نأكل طعاما من الطبيعة، وليس أغذية مصنعة. إنّ اللاوعي يعمل على الدوام، دون أن نشعر، محاولاً أن يكتشف أي تهديدات حولنا، كتعابير وجوه الأشخاص ومدى ثقته بهم، إنه متوتر على الدوام من انضباط المواعيد وباقي الأمور التي أشرت لها، وإن كنا بوعينا لا ننتبه لهذا.

[398] داني "باهتمام": بالفعل، لقد تحدّثنا في هذا مطولا في زيارتنا السابقة. (رجل الكهف 2018: §93-206)

رجل الكهف: هذا صحيح، يسعدني أن كلامي لم يذهب هباءً. ولكي نتأكد من هذه الفرضية، فإن دراسةً امتدت لعدة عقود من الزمن أظهرت تناسبا طردياً بين درجة التمدن والاكتئاب. بمعنى أن الاكتئاب المشخص يقلّ شيوعه إحصائيا عند الشعوب الأقل تحضراً (مع تحفظي على المصطلح) وصولاً إلى الشعوب البدائية (مع تحفظي على المصطلح) التي يقلّ فيها الاكتئاب إحصائياً مئة مرة عن نظيرتها المتمدنة في نفس الفترة الزمنية. وبالتالي فإن الفرضية قد تمّ التأكد من صحتها.

[399] لوسيل: إذن هذا يُعزى إلى التوتر.

رجل الكهف: بالطبع بجانب وجود أثرٍ جيني كما تحدثنا في السابق، (الباب الثامن) فإن التوتر الذي نتلكم عنه الآن هو الذي تُعزى له هذه الزيادة المريعة في الزمن المعاصر. لقد اختصر الأمر روبرت سابولسكي بقوله، توتر شديد يؤدي الى اكتئاب حاد. (Sapolsky 2009)

الباب التاسع والثلاثون

نصائح للوقاية من الاكتئاب

[400] داني: ما الذي تنصحنا بفعله كي نخفف من هذا التوتر المسبب للاكتئاب؟

رجل الكهف: بما أن من الواضح أن الاكتئاب يزداد كلما زاد الابتعاد عن الحياة الطبيعية، فإن عليك أن تفعل العكس، أي، محاولة العودة إلى الحياة الطبيعية. النشاط الفيزيائي مهمّ جدا، إنه دواء حقيقي، لأن الدوبامين والسيراتونان يزداد معدلهما في الدماغ أثناء تأدية نشاط فيزيائي. وبالمناسبة فإن هذه الحقيقة، تتضمن افتراضاً بأن الاكتئاب يزداد شيوعه بين الأشخاص ذوي الأعمال المكتبية أكثر من شيوعه بين الحرفيين وذوي الأعمال اليدوية، وهي إضافةً الى عامل التوتر والإحصائيات السابقة الذكر تتنبأ بأن الاكتئاب يزداد شيوعه بين أهل المدن أكثر من أهل القرى.

لوسيل: أعتقد أن كلامك هذا صحيح إلى حد كبير، حتى ولو أخذنا بعين الاعتبار عامل التوعية النفسية.

[401] داني: إذن أنت تنصحني بالاشتراك في ناد رياضي.

رجل الكهف: في الواقع، إني أفضل أن يكون النشاط الفيزيائي في الطبيعة إن

أمكن لك هذا؛ في حديقة قريبة من منزلك، على الشاطئ، في الحقول والبساتين، ونحوها، بحسب المتاح لك. وإن تعذر كل هذا، فالنادي الرياضي هو خيارٌ جيد، أفضل من لا شيء.

[402] داني: تريدني أن أكون في هواء طلق ومكان طبيعي بدل أن أكون داخل غرفة.

رجل الكهف: نعم، هذا ما أريده بالضبط. كما إني أنصحك بأن تأكل أكلاً صحياً قدر الإمكان. وأن تنام نوماً صحياً، في الليل، في غرفة معتمة وهادئة، فيها هواءٌ نقيٌ متجدّد. أن تخرج الى الطبيعة بشكل متكرر، وتجلس في الشمس، وتبتعد عن الضوضاء والازدحام، وإلى ما هنالك من أمورٍ تساعد جهازك النفسي على الراحة، وتساعد دماغك على أن يعمل بشكل صحي، كما برمجته الطبيعة.

[403] داني: فهمت فكرتك.

رجل الكهف: وأنصحك بأن تخفف التوتر بأن ترتب أولوياتك على الدوام، وأن تقوم بحل الأسهل منها أولا، وتلك التي تحتاج حلّا في الزمن القريب، وبعدها تنتقل الى الأصعب وتلك التي لديها زمن أطول حتى يتم حلّها. فهذا يخفف من عدد المهمات التي يفكر فيها دماغك بشكل أسرع من أي استراتيجية أخرى. وعليك أن تحاول تخفيض المهمات التي عليك، فلا تُغرق نفسك في عدة أمورٍ مع بعضها، أو تعقّد الأمور على نفسك، وإن استطعت تفويض غيرك للقيام ببعض مهامك، فهذا جيد. واليوم أصبح بإمكانك الاستعانة بالتقنيات والتكنولوجيا الحديثة كي تنوب عنك في الكثير من الأمور، أو تخفف عنك عبئها. فمن الحكمة الاستفادة من هذه الإمكانيات التي لم تكن متاحة لأي جيل قبلنا.

[404] داني: هذا صحيح. وإنّ معظمها مجاني أو ذو تكلفة بسيطة.

رجل الكهف : ومع هذا، عليك ألا تغرق في العوالم الافتراضية مغادراً العالم الواقعي. فمن الجيد، على سبيل المثال، أن تكون نشطاً على مواقع التواصل الاجتماعي، لكن هذا لا يجب أن يغنيك عن أن تكون لديك شبكة اجتماعية تمارس معهم الأنشطة في الواقع. لأن مواقع التواصل الاجتماعي لا تغني عن التواصل الواقعي، فأدمغتنا لم تتطور في ظل وجود مواقع التواصل الاجتماعي.

[405] لوسيل: أذكر أنك شرحت لنا هذا بالتفصيل في زيارتنا الأولى. (رجل الكهف 2018: 93$-206)

رجل الكهف: إذن لا داعي لأن أكرّر شرح الفكرة نفسها. لكن يمكنني أن أقول لك، بنفس المنظور، أنّ عليك أن تشغلي نفسك على الدوام. أوجدي لنفسك أي أنشطة تقومين بها، زيارات، مشي، رياضة، لعب، قراءة، التدرب على عزف الموسيقى، أيّ شيء. المهم ألا تكون حياتك فارغة. لأن دماغك يعمل على الدوام، فإن لم يجد ما يعمل عليه ويركز به فإنه سيبقيك مهتمة ومركزة بتوافه الأمور التي هي، لكثرتها وتفاهتها، تشغل دماغك كثيراً وتسبب لك توتراً لا طائل منه، أو أن الملل يدفعك إلى التفكير في مشاكلك القديمة ومشاكلك المستقبلية، والتي ليس هناك حاجة إلى تذكرها والتفكير فيها، وأنت تعرفين نهاية هذا الطريق.

[406] لوسيل: ومن لا يعرف!

دالي: إذن أنت تقصد حياة متوازنة لا فراغ فيها ولا إغراق بالمهمات. الاستفادة من الأنترنيت وخدماته، لكن مع عدم فقدان الصلات والأنشطة في الحياة الحقيقية.

[407] رجل الكهف: نعم هذا صحيح. يمكنك العيش بطريقة صحية كما برمجتنا الطبيعة وتضيف عليها الاستفادة من التكنولوجيا الحديثة. أما أن نستبدل

حياتك الواقعية بالتكنولوجيا الحديثة فهذا ما لا يتناسب وتكويننا النفسي.

داني: اعتقد أني فهمت ما قصدته بالعودة إلى الحياة الطبيعية، شكرا لك على الإجابة.

الباب الأربعون
علاج الاكتئاب

[408] **لوسيل:** بما أن الفكرة اتضحت، دعونا نعود الى قراءة التعليقات.

دالي : بالفعل، أنا أريد أيضاً رأيك في هذا التعليق يا رجل الكهف.

مسعود: هل ممكن أن يذهب الاكتئاب مع الوقت بدون أيّ مساعده من اي دكتور؟

[409] **رجل الكهف:** يبدو أنك لم تكن مركزا معنا في الصباح، فلوسيل قد سألتني نفس السؤال، وكان جوابي أنه بشكل عام كلا، بل في الواقع إنّ الاضطراب لديه سيتفاقم مع الوقت على الأرجح. (الباب الثامن) ألم يكن أيضا هذا واضحاً من تفاصيل ما تحدثنا به في الصباح، ومما ذكرت لكما من وصف من عايشوا الاكتئاب، كما ومن هذه التعليقات التي نقرأها الآن؟

دالي "بخجل": بالفعل، كان طرحي للسؤال ساذجاً، بعد كلّ الذي تكلمنا عنه، لكني بالفعل قد بدأت أشعر بالدوار من زخم الأمور التي تحدثنا فيها هذا اليوم، فنحن نتكلم منذ الصباح حتى الآن بلا توقف في كل هذه التفاصيل

دافيد رجل الكهف

التي هي جديدة علي بالكلية.

[410] لوسيل: لفت نظري هذا التعليق أيضا، ففيه سؤال مهم.

نجوى: أنا أعاني من الاكتئاب طوال حياتي التي هي نحو الأربعين عاماً. ولم أعرف أني مصابة بالاكتئاب حتى بلغت الثلاثين من العمر، وذلك عندما ظهرت لديّ أعراض جسدية ليس لها سبب عضوي، ووصلت إلى مرحلة متقدمة منه. تعالجت فترة وتحسنت حالتي، ولكن عاودني المرض ومازال يعاودني كلما تركت العلاج. ينطبق عليّ ما وصفته حضرتك في هذا الفيديو، حيث إنني حزينة وكئيبة معظم حياتي، وليس لدي رغبة في الحياة. سؤالي هو: هل يجب عليّ أن آخذ الدواء طول العمر؟

رجل الكهف: يبدو أنك أنت أيضاً فقدت تركيزك، فقد تحدثنا في هذا أيضاً. إنّه لا توجد قاعدة، فبحسب سبب الاكتئاب ونوعه وطبيعة الجسم وصحته، والبيئة التي يعيش فيها الشخص، هناك الكثير من العوامل التي تحدّد هذا. فلا يوجد جوابٌ واحدٌ يمكن تعميمه على الجميع. لكن بالنسبة لنجوى، إذا كانت حالتها كما تصف في هذا التعلق، فيبدو أن عليها أخذ الدواء لفترة طويلة، ربما طول العمر.

[411] لوسيل "بخجل": بالفعل لقد فقدت تركيزي، فأنا منهكة مثل داني، ألا ترى كم هي الساعة الآن؟ أوشك الصباح على الانبلاج. بيدَ أني لازلت متحمسة لموضوع العلاج. أنظر لهذا التعليق.

صلاح: لدي ملاحظة من تجربة شخصية. إن أغلب من أعرف أنّهم عُولجوا بواسطة الأدوية قد عانوا من أعراض جانبية، كما إن علاجهم قد أخذ وقت طويلا. أما أنا فقد اخترت العلاج الإدراكي السلوكي والذي كان فعالاً معي ولو بشكل تدريجي بطيء. على أي حال، لقد عادت لي المشكلة بعد أن أوقفت العلاج بفترة. ربما يكون سبب هذا أني لم ألتزم حضور الجلسات وربما كان عليّ

الاستمرار في العلاج لفترة أطول. هذا إضافة إلى ظروف حياتي الخاصة.

[41] رجل الكهف: يمكنني التعليق بالكثير على هذا التعليق. فمثلا، لاحظ التعميمات غير الواقعية والخاضعة أيضاً للتحيز التوكيدي. فكم شخصا لديه اكتئاب وقد تم علاجه بواسطة مضادات الاكتئاب يعرف صلاح؟ اثنان؟ خمسة؟ عشرة؟ عشرون؟ ومن ثمّ كم هي نسبة الأغلبية هذه؟ كم هو عدد هؤلاء الأفراد؟ واحد؟ ثلاثة؟ ستة؟ اثني عشر؟ الآن نأتي إلى موضوع أنه في علاج الاضطرابات النفسية، فإن تأثير علاج ما على زيد يختلف عن تأثيره على عبيد. كما أن الاختيار بين العلاج الدوائي أو العلاج الكلامي أو أيّ مزيج كان بينهما هو أيضاً يختلف من حالة إلى أخرى وبالنسبة لنفس الحالة من وقت إلى آخر. على أي حال، من اللطيف أن يقرّ صلاح أن عدم التزامه العلاج بالشكل المطلوب قد تسبب في عودة الأعراض لديه.

ما أود قوله هنا، هو أنّه لا يجب أن نعمم هكذا ببساطة لا مع هذا الأمر ولا مع ذاك. لا أحد يُنكر أن هناك احتمالية وجود آثار جانبية للعلاجات الدوائية. والحقّ أنه ما من دواء في العالم تقريباً، وليس فقط الأدوية النفسية، إلا وله آثار جانبية محتملة قد تظهر على البعض، بينما لا تظهر على البعض الآخر البتة. كما أنّه لا أحد ينكر أهمية وفعالية العلاجات الإدراكية السلوكية، بيدَ أن ما أنكره هو أن نعتقد أن بإمكاننا التعميم بناءً على بعض المشاهدات وأن نجمل القول هكذا بوجود علاج دوائي مقابل علاج كلامي، وآثار جانبية مقابل عدم استفادة أو أي نوع من هكذا تعميمات، فهي في الواقع لا تدلّ على أيّ شيء ولا يمكن الأخذ بها مطلقا. إن الأمر متروك فقط لحكمة الطبيب في كل حالة.

[41] داني: إنّ هذا التعليق يؤيد الفكرة التي تميل إليها حيث يقول:

أمل: إنّ العلاج الدوائي ضروري لاستقرار الأعراض، ومن ثم اللجوء إلى

الجلسات النفسية لجعل المريض يستبصر بعض التشوهات الادراكية والمعرفية لديه كي يضع حدًا لها.

رجل الكهف: أعتقد بالفعل أنيّ قد قلت كلاماً مشابهاً جداً لهذا يا داني. نعم إنيّ أرى أنّ هذه الاستراتيجية هي الأفضل في الشكل العام. بيدَ أنّ هذا لا يعني تعميماً بإطلاق.

[414] لوسيل" بعيون مرهقة": هلا أوضحت أكثر؟

رجل الكهف: في الحقيقة، يا لوسيل، إنّ العلاج الادراكي السلوكي التقليدي Cognitive-Behavioral Therapy، الذي يعرف اختصاراً ب CBT والذي هو أحد أساليب العلاج الكلامي Talk Therapy -غير الدوائي- قد حقق نتائج معادلة للعلاج الدوائي -أقصد العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب- للمصابين بالاضطرابات الاكتئابية واضطرابات القلق بحسب بعض الدراسات. على أنّ دراسات أخرى قد اقترحت أنّه أفضل من العلاج الدوائي في الحقيقة. لكن في المقابل أظهرت دراسات أخرى أنّ تكافل العلاج الدوائي مع العلاج غير الدوائي هو ما يعطي نتيجة على المديين القصير والطويل أفضل من اعتماد أحدهما فقط، وهو ما أميل أنا إليه.

[415] داني: ولماذا تميل إلى الاحتمال الثالث؟

رجل الكهف: صحيحٌ أنّ الاكتئاب، يا صاحبي، هو نتيجة خللٍ ما في عمل الدماغ كما شرحت لكما سابقا، إلا أن الاعتقادات التي يكوّنها المريض عن نفسه وعن العالم، كما والسلوكيات التي يتبعها في نمط حياته يحتاجان أيضاً إلى أن يتم تغييرهما إذا ما أردنا للمريض أن يتحسن بالفعل. فهنا، تأتي أهمية العلاجات الدوائية كي تسيطر على الوضع الراهن للحادة المادية في دماغ المريض، بينما تهتم العلاجات الإدراكية السلوكية بتغيير نظرة المريض إلى نفسه وإلى العالم كما وتعلمه كيفية تنظيم حياته والتعامل مع واقعه بطريقة

تضمن له الخروج من دوامة الاكتئاب من جهة، وعدم الانزلاق إليها مستقبلاً من جهة أخرى. والحق أن أربعة من كل عشرة أشخاص (39%) خضعوا للعلاج بمضادات الاكتئاب فقط قد تطلبوا علاجاً من الاكتئاب مرة أخرى في المستقبل، وهذا بمقابل واحد من كلّ عشرين (5%) من أولئك الذين أضافوا العلاج الإدراكي السلوكي أيضا.

[416] لوسيل "بحماسها الطفولي": هلا شرحت لنا العلاج الادراكي السلوكي؟

رجل الكهف: كلا يا عزيزي. لقد أصـاب الإرهاق ثلاثتنا. وإنّك لتثقل علي أن أخوض في أنواع العلاجات الكلامية الآن. فتفاصـيلها ومدارسـها وطرقها لا تنتهي، ألا تتذكران كم كان معقداً الحديث عن العلاج السـلوكي الجدلي والمخطط الـذين شرحتهما لكما عند الحديث عن علاجات اضـطرابات الشخصية؟ (رجل الكهف 2019: 197-228)

[417] داني "مرهقا": إنّي أتذكر هذا بالطبع، لكن لا بد لنا أن نعرف أيضا شيئا عن العلاجات الكلامية للاكتئاب. فهلا زودتنا بقائمة مراجع عن هذا الموضوع، على أن ننهي الحوار وننام الآن؟

رجل الكهف: بالتأكيد سـوف أزوّد بقائمة أكثر من كافية عن العلاجات، أكاديمية ومن مصادر مرموقة.

داني "بسرور": شكراً لك.

رجل الكهف: إنّ لوسيل قد نامت وهي جالسة. تصبحان على خير.

الباب الواحد والأربعون
خاتمة المحاورة

يستيقظ داني ولوسيل ظهيرة اليوم التالي على صوت أنغام المقطوعة الحالمة لشوبان، بينما رجل الكهف يستحم. وفور خروج الأخير من الحمام يدور الحوار التالي.

[418] **داني:** عجيب أمرك يا رجل، هذه موسيقى ليلية بامتياز.

رجل الكهف: حسناً، لقد كانت ليلية لقرنين من الزمن، وأنا قررت أن الوقت قد حان لجعلها صباحية.

[419] **لوسيل** "ضاحكة": داني! هل هناك أجمل من أن تستيقظ على أنغام البيانو وأمامك هذا المنظر الطبيعي الساحر؟ أنت بحاجة إلى دفع مئات الدولارات كي تحصل على صباح مثل هذا في أحد المنتجعات السياحية الفاخرة.

داني "ضاحكا": أعرف هذا، أنا فقط أحبّ أن أغيظ صاحبنا ذا الشعر الطويل المبتل.

[420] **لوسيل:** سوف أعدّ بعض القهوة.

دانى: لقد قلت لي أنّك سوف تزودني بمراجع عن حوارنا بالأمس. فمتى ستفعل هذا؟

رجل الكهف "بوجهه الخالي من التعابير": بعد أن أرتدي ملابسي.

[421] داني "بسعادة": أنا متشوق لهذا.

رجل الكهف [بعد خمس دقائق]: سـوف أزودك بالمراجع مرتبةً بحسب المواضيع التي تحدثنا فيها بالأمس. كما أني، سأضيف لك في بداية القائمة مراجع عامة عن الاضطرابات النفسية، وسأختم القائمة بإضافة مراجع عامة للعلاج من الاضطرابات النفسية علاوةً على المراجع المختصة بالاضطرابات الاكتئابية وكل ما يتعلّق بها، والتي هي، بطبيعة الحال، محور هذه المراجع.

داني "بفرح كبير": هذا رائع.

لوسيل: تفضلا القهوة.

[422] رجل الكهف: اهدئا ولا تقاطعاني.

المقدمة

- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملن للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

مدخل المحاورة

- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

الباب الأول
ما هي الاضطرابات النفسية؟

- Abou-Saleh, M. T., *et al.* (Eds.) (2011). Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Chichester. Wiley.
- Adler, M. (2011). Psykiatrisk diaagnostik. Lund. Studentlitteratur.
- Alfabeta Bokförlag AB.
- American Psychiatric Association (1980). DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Second Printing edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. First printing. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). Psychological Testing. Seventh edition. New York. Macmillan.
- Arvidsson, B., & Skärsäter, I. (2009). Psykiatrisk omvårdnad: Att stödja hälsofrämjande processer. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Beacon Health Options (not available). List of Psychological Tests. Boston. Beacon Health Options website.

المراجع

- Beck, A. T. *et al.* (Ed.) (2016). Cognitive Therapy of Personality Disorders. Third Edition. New York. The Guilford Press.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2011). Introductory Textbook of Psychiatry. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Blaney, P., & Millon, T. (Eds.) (2009). Oxford Textbook of Psychopathology. Second edition. New York. Oxford University Press.
- Blashfield, R. K., *et al.* (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. In: *Annual Review of Clinical Psychology*, 10: 25-51.
- Buhugra, D., & Bhui, K. (2018). Textbook of Cultural Psychiatry. Second edition. Cambridge. Cambridge University Press.
- Buros, O. K. (Ed.) (1965). The sixth mental measurements yearbook. Highland Park. Gryphon Press.
- Caplan, G. (1961). An Approach to Community Medical Health. London. Tavistock Publications.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York. Basic Books.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., *et al.* (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. In: *PLOS Medicine*, 10(11): 1-12.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? In: *Review of General Psychology*, 2: 300-19.
- Freud, A. (1946). The Ego and The Mechanisms of Defence. New York. International University Press.
- Gay, P. (1990). Freud. Sweden. Bonnier Fakta Bokförlag AB.
- Geddes, J. R., *et al.* (2005). Psychiatry. Fourth edition. New York. Oxford University Press.
- Gelder, M. G., *et al.* (Eds.) (2009). The New Oxford Textbook of psychiatry. Second edition. Oxford. Oxford University Press.
- Goldberg, D. & Huxley P. (1980). Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care. London. Tavistock Publication.
- Goldberg, D. (2010). The classification of mental disorder: A simpler system for DSM-V and IDC-11. In: *Advances in Psychiatric Treatment*, 16:

14-19.

- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5-dimensional trait model and five-factor models of general personality. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3): 816-21.
- Grant, BF. *et al.* (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. In: Journal of Clinical Psychiatry, 65, 948-58.
- Gustin, L. W. (Ed.) (2014). Vårdande vid psykisk ohälsa -på avancerad nivå. Lund. Studentlitteratur.
- Göransson, A. (2019). Psykiatri 1. Andra upplagan. Stockholm. Sanoma Utbildning AB.
- Harrison, P., *et al.* (2018). Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. Oxford. Oxford University Press.
- Herlofson, J. (2014). MiniPsykiatri. First edition. Stockholm. Nature & Kultur.
- Herlofson, J., *et al.* (2016). Psykiatri. Lund. Studentlitteratur.
- Hildebrand karlén, M. (2013). Vansinnets diagnoser: Om klassiska och möjliga perspektiv inom svensk psykiatri. Sweden. Carlsson Bokförlag.
- Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (Eds.) (2004). Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. Hoboken. John Wiley & Sons Inc.
- Hollandsworth, J. G. (1990). The Physiology of Psychological Disorders. New York. Plenum Press.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). Introduction to Statistics in Psychology. Sixth edition. United Kingdom. Person Education Limited.
- Hunt, I. M., *et al.* (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients. In: *Psychological Medicine*, 39: 443-9.
- Hunter, R., & MacAlpine, I. (Eds.) (1963). Three Hundred Years of Psychiatry. London. Oxford University Press.
- Hwang, P., *et al.* (2005). Vår tids psykologi. Sweden. Natur och kultur.
- Höglund, I. A., & Ahlström, B. H. (2000). Psykiatri. Stockholm. Bonnier Utbildning.

- Höglund, I. A., & Ahlström, B. H. (2002). Socialpsykiatri. Stockholm. Bonnier Utbildning.
- Impara, J. C., & Plake, B. S. (Eds.) (1998). The Thirteenth Mental Measurements Yearbook. Lincoln. The Buros Institute of Mental Measurements.
- Kendell, R. E. (1975). The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford. Blackwell.
- Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., *et al.* (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 13: 122-39.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry.* 51: 8–19.
- Kirmayer, L. J., *et al.* (Eds.) (2017). Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health. Cambridge. Cambridge University Press.
- Koopman, C., *et al.* (2002). Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 44(1): 14-20.
- Kornstein, S. G., & Clayton, A. H. (Eds.) (2002). Women's Mental Health" A Comprehensive Textbook. New York. Guilford Press.
- Kraepelin, E. (1904). Clinical Psychiatry: A Textbook for students and physicians. New York. Macmillan.
- Kring, A. M., *et al.* (2013). Abnormal Psychology. Twelfth Edition. International Student Version. New York. Wiley.
- Kaasa, S. *et al.* (2001). Palliativ behandling och vård. Sweden. Studentlitteratur.
- Lemma, A. & Patrick, M. (2010). Off the Couch: Contemporary psychoanalytic approaches. London. Routledge.

- Lennéer Axelson, B., & Thylefors, I. (2009). Arbetsgruppens psykologi. Fjärde utgåvan, tredje tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Levander, M. (1998). Psykologi: Lärobok för gymnasiet. Tredje upplagans, första tryckning. Sweden. Natur och Kultur.
- Levander, S., *et al.* (2017). Psykiatri. En orienterande översikt. Tredje utgåvan. Lund. Studentlitteratur.
- Lewis-Fernandez, R., *et al.* (Eds.) (2016). DSM-5 handbook on the cultural formulation interview. American Psychiatric Association. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Malmquist, J. (2016). Diagnoser som diskuteras: Uppmärksammade medicinska kontroverser. Sweden. Krilon förlag.
- McDougall, W. (1921). An Introduction to Social Psychology. Fourteenth edition. Boston. Luce.
- Melton, G. B., *et al.* (1997). Psychological Evaluations for the Courts: A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers. Second edition. New York. Guilford.
- Mental Health America. www.mentalhealthamerica.net.
- Mundt, C., *et al.* (Eds.) (1996). Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders. London. Gaskell.
- National Alliance on Mental Illness. www.nami.org.
- National Institute of Mental Health. www.nimh.nih.gov.
- Nationell samverkan för psykiatri hälsa. www.nsph.se.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). Psychometric Theory. New York. McGraw-Hill.
- Rettew, D. (2015). Psychiatric Vs. Neurological: Can the Brain Tell? A search for brain differences between psychiatric and neurological disorders. In: Psychology Today. Dec 02, 2015.
- Roberts, A. (2005). Crisis Intervention Handbook. Third edition. New York. Oxford University Press.
- Romans, S. E. & Seeman, M. V. (Eds.) (2006). Women's Mental Health: A Life-Cycle Approach. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

- Rush, A. J., *et al.* (2008). Handbook of Psychiatry Measures. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.) (2000). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition. Philadelphia. Lippincott/Williams & Wilkins.
- Sample, D. & Smyth, R. (2013). Oxford Handbook of Psychiatry. New York. Oxford University Press.
- Segall, MH. *et al.* (1990). Human Behaviour in Global Perspective: An Introduction to Cross-Cultural Psychology. New York. Pergamon.
- Skinner, B. F. (1953). Science and Human Behaviour. New York. Macmillan.
- Spitzer, M. D. *et al.* (2002). DSM-IV-TR Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. First edition. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- Stein, D. J., & J. E. Young (Eds.) (1992). Cognitive Science and Clinical Disorders. San Diego. Academic Press.
- Tasman, A. Kay, J., & Lieberman, J. A. (2003). Psychiatry. Second edition. John Wiley & Sons, Chichester.
- Tseng, W. S. (2003). Clinician's Guide to Cultural Psychiatry. London. Academic Press.
- Tyrer, P. (2013). Models for Mental Disorder. Fifth edition. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. In: Advances in Psychiatric Treatment, 20: 280-5.
- Uddenberg, N. (2010). Själens schamaner: Personliga essäer om psykiatri. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Uddenberg, N. (2012). Linné och mentalsjukdomarna. Sweden. Bokförlaget Atlantis AB.
- Wetterberg, L. (2013). Psykiatri i fickformat. Sjunde upplagan. POD.
- Whipple, G. M. (1910). Manual of mental and physical tests. Baltimore. Warwick and York.

- Whitaker, R. (2014). Pillerparadoxen: Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre? Sweden. Karneval förlag.
- World Health Organisation. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. Author.
- World Health Organization (2001). Mental disorders affect one in four people: Treatment available but not being used. 4 October 2001. In: www.who.int.
- World Health Organization (2019). Mental disorders. 28 November 2019. In: www.who.int.
- أبو زعيزع، ع. (2009). أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق. الأردن. دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- أبو علام، ر. (1998). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. مصر. دار النشر للجامعات.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. 21-35.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: اضطراب ثنائي القطب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- محمد، آ. ك. (2000). التحليل النفسي: النظرية والتطبيق. مصر. دار الوثائق الجامعية.
- يحياوي، م. ج. (2003). دراسات في علم النفس. الجزائر. دار المغرب للنشر والتوزيع.

الباب الثاني
ما هو الاكتئاب؟

- Adler, D. A., *et al.* (2006). Job performance deficits due to depression. In: *American Journal of Psychiatry*, 163(9): 1569-76.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia. University of Pennselvania Press.
- Beckham, E. E., & W. R., Leber (Eds.) (1995). handbook of Depression. Second edition. New York. Guilford Press.
- Brown, G. W. & Harris T. O. (1978). Social Origins of Depression. London. Tavistock Publications.
- C. Steven, R., & W. O'Hara, M. (2014). The Oxford Handbook of Depression and Comorbidity. United States of America. Oxford University Press.
- Dahlström, C. (2014). Panik-ångest & depression: Frågor och svar om två av våra vanligaste folksjukdomar. Sweden. Natur och Kultur. p.p. 120-184.
- Demyttenaere, R. (2013). From sadness to depressed mood and from anhedonia to positive mood and well-being. In: *Medicographia*, 35(3): 287-91.
- Depression and Bipolar Support Alliance. www.dbsalliance.org.
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2002). Depression. In: M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*: 259-99. New York. Guilford.
- Evans, D., *et al.* (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. In: *Biological Psychiatry*, 58(3): 175-89.

- Freud S. (1917). Mourning and Melancholia. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIV: 1914-6. London. Hogarth Press.
- Friedman, R. M., & Katz, M. M. (Eds.) (1974). The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. New York. Wiley.
- Gawande, A. (2015). Att vara dödlig: Livet, läkekonsten och den sista resan. Första upplagan, första tryckningen. Sweden. Volante.
- Göransson, A. (2013). Psykiatri 1. Första upplagan, Fjärde tryckningen. Sweden. Sanoma Utbildning AB. p.p. 85-8, 139-76.
- Hughes, S. (2014). Depression in the Workplace. Policy recommendations on how to tackle the leading cause of disability worldwide: European Parliament.
- Hurley, K. (2017). Depression and Related Conditions. Updated in 20 May 2019. In: Psycom.
- Johnston, K. (2009). The direct and indirect costs of employee depression, anxiety, and emotional disorders—an employer case study. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(5): 564-77.
- Judd, L. L., *et al.* (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. In: *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4): 685-98.
- Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. London. Penguin.
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. In: *Psychiatric Clinic Northorth America*, 35(1): 1-14.
- Kessler, R. C., *et al.* (1999). Depression in the workplace: Effects on short-term disability. In: *Health Affairs (Millwood)*, 18(5): 163-71.
- Klein, D. (1974). Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision. In: *The Archives of General Psychiatry*, 31(4): 447-54.
- Kocsis, J. H., & D. N. Klein (Eds.) (1995). Diagnosis and Treatment of Chronic Depression. New York. Guilford Press.
- Kupfer, D. J. (2014). Depression and the new DSM-5 classification. In: *Medicographia*, 36(4): 521-25.
- LeDoux, J. (1998). The Emotional Brain. London. Weidenfeld &Nicolson.

- Olsson, G. (2004). Depressioner i tonåren: Ung, trött och ledsen. Sweden Förlagshuset Gothia AB.
- Parker, G., & Paterson, A. (2014). Melancholia: Definition and management. In: *Current opinion in Psychiatry*, 27: 1-6.
- Ritschel, L. A., *et al.* (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. In: *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2): 281-99.
- Roeloffs, C., *et al.* (2003). Stigma and depression among primary care patients. In: *General Hospital Psychiatry*, 25: 311-5.
- Sartorius, N., & Ban, T. A. (Eds.) (1986). Assessment of Depression. New York. Springer-Verlag.
- Schopenhauer, A. (1909). The World as Will and Idea. Vol. I. Seventh Edition. United Kingdom. Kegan Paul, Trench, Trübner & Co.
- Sobocki, P., *et al.* (2006). Cost of depression in Europe. In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9: 87-98.
- Thakkar, V., & Collins, C. (2006). Depression and Bipolar Disorder. United States of America. Infobase Publishing.
- Tolstoy, L. (1985). Confession. United States of America. W. W. Norton & Company.
- Wasserman, D. (1998). Depression en vanlig sjukdom: Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter. Sweden. Natur och Kultur.
- Wigney, T., Eyers, K., & Parker, G. (2007). Journeys with the Black Dog: Inspirational Stories of bringing Depression to Heel. Sydney. Allen and Unwin.
- Wolman, B. B., & Stricker, G. (Eds.) (1990). Depressive Disorders: Facts, theories, and treatment methods. New York. Wiley.
- إبراهيم، ع. (1998). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه. عالم المعرفة. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- العقاد، ع. م. (2013). حياة قلم. مصر. مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.

الباب الثالث
الزملة الاكتئابية

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Angst, J., & Merikangas, K. (1997). The depressive spectrum: Diagnostic classification and course. In: *Journal of Affective Disorders*, 45: 31-9.
- Boulenger, J. P. (2004). Residual symptoms of depression: Clinical and theoretical implications. In: *European Psychiatry*, 19(4): 209-13.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. In: *American psycologist*, 28: 857-70.
- Goodwin, G. (2006). Depression and Associated Physical Diseases and Symptoms. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2): 259-65.
- Goodwin, G. M. (2014). Impact of cognitive symptoms and anhedonia on functioning in depression. In: *Medicographia*, 36(4): 446-51.
- Judd, L. L., *et al.* (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. In: *The Archives of General Psychiatry*, 55: 694-700.
- Mittenberg, W., *et al.* (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. In: *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24: 1094-102.
- Ostergaard, S., *et al.* (2011). The heterogeneity of the depressive syndrome: When the numbers get serious. In: *The Archives of General Psychiatry*, 124(6): 495-6.
- Rodríguez, M. R., *et al.* (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. In: *BMC Psychiatry*, 12: 181.

المراجع

- Romera, I., *et al.* (2013). Residual symptoms and functioning in depression, does the type of residual symptom matter? A post-hoc analysis. In: *BMC Psychiatry*, 13: 51.
- Simon, G. E., *et al.* (1999). An international study of the relationship between somatic symptoms and depression. In: *The New England Journal of Medicine*, 341: 1329-35.
- Wakefield, J. C., & Schmitz, M. F. (2013). When does depression becomes a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. In: *World Psychiatry*, 44(1): 44-52.
- إبراهيم، ع. (1998). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه. عالم المعرفة. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

الباب الرابع
نوبة الاكتئاب الحاد

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. In: *PLoS One*, 9(2):e90311.
- Rodriguez, M. R., *et al.* (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. In: *BMC Psychiatry*, 12: 181.
- Uher, R., *et al.* (2009). Differential efficacy of escitalopram and nortriptyline on dimensional measures of depression. In: *British Journal of Psychiatry*, 194(3): 252-9.
- Zhu, X., *et al.* (2012). Evidence of a dissociation pattern in resting-state default mode network connectivity in first-episode, treatment-naive major depression patients. In: *Biological Psychiatry*, 71: 611-7.

الباب الخامس
اضطراب الاكتئاب الحاد

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 161-8.
- Andrews, G., Anstey, K., Brodaty, H., Issakidis, C., & Luscombe, G. (1999). Recall of depressive episodes 25 years previously. In: *Psychological Medicine*. 29: 787–91.
- Andrews, G., Poulton, R., & Skoog, I. (2005). Lifetime risk for depression: restricted to a minority or waiting for most? In: *British Journal of Psychiatry*. 187: 495–96.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Bergouignan, L., *et al.* (2008). Field perspective deficit for positive memories characterizes autobiographical memory in euthymic depressed patients. In: *Behaviour Research and Therapy*, 46: 322-33.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5): 325-31.
- Hasin, S. D., *et al.* (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. In: *JAMA Psychiatry*, 75(4):336-46.
- Hurley, K. (2017). Depression and Related Conditions. Updated in 20 May 2019. In: Psycom.
- Judd, L. L., *et al.* (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. In: *The Archives of General Psychiatry*, 55: 694-700.

- Judd, L. L., *et al.* (1998). Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. In: *Journal of Affective Disorders*, 50: 97-108.
- Judd, L. L., *et al.* (1998). Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. In: *Journal of Affective Disorders*, 50: 97-108.
- Judd, L. L., *et al.* (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. In: *The Archives of General Psychiatry*, 57: 375-80.
- Judd, L. L., *et al.* (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. In: *The Archives of General Psychiatry*, 57: 375-80.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). The lifetime history of major depression in women: reliability of diagnosis and heritability. In: *Archives of General Psychiatry*. 50: 863-70.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003) National Comorbidity Survey Replication . The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In: *Journal of the American Medical Association*. 289: 3095-105.
- Kessler, R. C., *et al.* (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). In: *The Journal of the American Medical Association*, 289:3095-105.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2007). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. In: *Psychological Medicine*. 38: 365-74.
- Kruijshaar, M. E., Barendrecht, J., Vos, T., de Graaf, R., Spijker, J., & Andrews, G. (2005). Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. In: *European Journal of Epidemiology*. 20:103-11.
- Kruijshaar, M. E., Barendregt, J., Vos, T., de Graaf, R., Spijker, J., *et al.* (2005). Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect

estimation method and a quantification of recall bias. In: *European Journal of Epidemiology*. 20: 103-11.

- Lees-Haley, P., & Dunn, J. T. (1994). The ability of naive subjects to report symptoms of mild brain injury, posttraumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder. In: *Journal of Clinical Psychology*. 50: 252-6.
- Naismith, S., *et al.* (2007). Disability in major depression related to self-rated and objectively-measured cognitive deficits: A preliminary study. In: *BMC Psychiatry*. 7: 32.
- Patten, S. B. (2003). Recall bias and major depression lifetime prevalence. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38: 290-6.
- Priebe, S., *et al.* (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. In: *British Journal of Psychiatry*. 154:396-9.
- Rush, A. J., *et al.* (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. In: *Journal of Affective Disorders*, 87(1): 43-55.
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. In: *Psychological Bulletin*, 140: 774-815.

الباب السادس
اضطراب الاكتئاب المستمر

- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. First printing. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 6.
- Howland, R. H. (1993). Chronic depression. In: *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 633-9.
- Ryder, A. G., *et al.* (2006). Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. In: *Journal of Affective Disorders*, 91: 217-27.

الباب السابع
اضطراب المزاج المتقلب المشوش

- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. First printing. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 156-60.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 6.
- Fisher, L. (2015). Disruptive Mood Dysregulation Disorder. YouTube. Clarity Child Guidance Center.
- Kliegman, R. M., *et al.* (Eds.) (2016). Nelson Textbook of Pediatrics. Twentieth edition. Philadelphia. Elsevier.
- Kupfer, D. J. (2014). Depression and the new DSM-5 classification. In: *Medicographia*, 36(4): 521-25.

- عسكر، ع. (2005). الاضطرابات النفسية للأطفال. مصر. مكتبة الانجلو المصرية.
- وتسون، ر.، & كلاي، هـ. (2004). سيكولوجية الطفل والمراهق. مصر. مكتبة مدبولي.

الباب الثامن
بيولوجيا الاكتئاب

- Alkin, T., *et. al.* (2014). Is depression curable? In: *Medicographia*, 36(4): 483-500.
- Altshuler, L. L., *et al.* (2008). A relationship between neurocognitive impairment and functional impairment: A pilot study. In: *Psychiatry Research*. 157: 289-93.
- Arnone, D., *et al.* (2012). Magnetic resonance imaging studies in unipolar depression: Systematic review and metaregression analyses. In: *European Neuropsychopharmacology*, 22: 1-16.
- Baas, K.D., *et al.* (2009). Screening for depression in highrisk groups: Prospective cohort study in general practice. In: *British Journal of Psychiatry*, 194: 399-403.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Benkelfat, C., *et al.* (1994). Mood-lowering effect of tryptophan depletion. Enhanced susceptibility in young men at genetic risk for major affective disorders. In: *The Archives of General Psychiatry*, 51: 687-97.
- Bergouignan, L., *et al.* (2008). Field perspective deficit for positive memories characterizes autobiographical memory in euthymic depressed patients. In: *Behaviour Research and Therapy*, 46: 322-33.
- Bergouignan, L., *et al.* (2009). Can voxel based morphometry, manual segmentation and automated segmentation equally detect hippocampal volume differences in acute depression? In: *NeuroImage*, 45: 29-37.
- Bhagwagar, Z., & Cowen, P. J. (2008). 'It's not over when it's over': Persistent neurobiological abnormalities in recovered depressed patients. In: *Psychological Medicine*, 38(3): 307-13.

- Blier, P. (2013). Neurotransmitter targeting in the treatment of depression. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12): 19-24.
- Boundless Psychology. Structure and Function of the Brain. Lumen Learning.
- Boureau, Y. L., & Dayan, P. (2011). Opponency revisited: Competition and cooperation between dopamine and serotonin. In: *Neuropsychopharmacology*, 36: 74-97.
- Buist-Bouwman, M. A., *et al.* (2008). Mediators of the association between depression and role functioning. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6): 451-8.
- Carlson, P. J., *et al.* (2006). Neural circuitry and neuroplasticity in mood disorders: Insights for novel therapeutic targets. In: *NeuroRX*, 3(1): 22-41.
- Chemali, Z., *et al.* (2009). The use of selective serotonin reuptake inhibitors in elderly patients. In: *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4): 242-53.
- Cowen, P., & Sherwood, A. C. (2013). The role of serotonin in cognitive function: Evidence from recent studies and implications for understanding depression. In: *Journal of Psychopharmacology*, 27: 575-83.
- Farb, N.A., *et al.* (2011). Mood-linked responses in medial prefrontal cortex predict relapse in patients with recurrent unipolar depression. In: *Biological Psychiatry*, 70: 366-72.
- Fisher, L. (2015). Disruptive Mood Dysregulation Disorder. YouTube. Clarity Child Guidance Center.
- Fossati, P. (2014). Evidencing functional improvement in depression. In: *Medicographia*, 36(4): 470-75.
- Fossati, P., *et al.* (2003). In search of the emotional self: An fMRI study using positive and negative emotional words. In: *The American Journal of Psychiatry*, 160: 1938-45.
- Fossati, P., *et al.* (2004). Neuroplasticity: From MRI to depressive symptoms. In: *European Neuropsychopharmacology*, 14(l5):503-10.
- Fossati, P., *et al.* (2013). Early effect of agomelatine on ventrolateral prefrontal cortex and amygdala activity during self-referential and emotional processing in acute depressed patients. In: *Biological Psychiatry*, 73: 183S.

- Fountoulakis, K. N., Samara, M. T., & Siamouli, M. (2014). Burning issues in the meta-analysis of pharmaceutical trials for depression. In: *Journal of Psychopharmacology*, 28(2): 106- 17.
- Freton, M., *et al.* (2014). The eye of the self: Precuneus volume and visual perspective during autobiographical memory retrieval. In: *Brain Structure and Function*, 219: 959-68.
- Frodl, T. S., *et al.* (2008). Depression-related variation in brain morphology over 3 years: Effects of stress? In: *The Archives of General Psychiatry*, 65: 1156-65.
- Frodl, T., *et al.* (2008). Effect of hippocampal and amygdala volumes on clinical outcomes in major depression: A 3-year prospective magnetic resonance imaging study. In: *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33: 423-30.
- Fuglum, E., *et al.* (1996). Screening and treating depressed patients. A comparison of two controlled citalopram trials across treatment settings: Hospitalized patients vs. patients treated by their family doctors. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94: 18-25.
- Gao, S. F., & Bao, A. M. (2011). Corticotropin-releasing hormone, glutamate, and gamma aminobutyric acid in depression. In: *Neuroscientist*, 17(1): 124-44.
- Goldapple, K., *et al.* (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. In: *The Archives of General Psychiatry*, 61: 34-41.
- Gorwood, P., *et al.* (2008). Toxic effects of depression on brain function: Impairment of delayed recall and the cumulative length of depressive disorder in a large sample of depressed outpatients. In: *The American Journal of Psychiatry*, 165: 731-9.
- Greicius, M. D., *et al.* (2007). Resting-state functional connectivity in major depression: Abnormally increased contributions from subgenual cingulate cortex and thalamus. In: *Biological Psychiatry*, 62: 429-37.
- Gupta, M., *et al.* (2013). Relationships among neurocognition, symptoms, and functioning in treatment-resistant depression. In: *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(3): 272-81.

- Hollandsworth, J. G. (1990). The physiology of psychological disorders. New York. Plenum Press.
- Hooley, J. M., *et al.* (2009). Cortico-limbic response to personally challenging emotional stimuli after complete recovery from depression. In: *Psychiatry Research*, 172: 83-91.
- Jaeger, J., *et al.* (2006). Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. In: *Psychiatry Research*, 145(1): 39-48.
- Johnson, M. K., *et al.* (2009). Medial cortex activity, self-reflection and depression. In: *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 4: 313-27.
- Kendler, K. S. (2001). Twin studies of psychiatric illness-an update. In: *Archives of General Psychiatry*, 58: 10005-14.
- Kendler, K. S. (2005). 'A gene for...': The nature of gene action in psychiatric disorders. In: *American Journal of psychiatry*, 162: 1243-52.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. In: *The American Journal of Psychiatry*, 158(4): 582-6.
- Kessler, H., *et al.* (2011). Individualized and clinically derived stimuli activate limbic structures in depression: An fMRI study. In: *PLoS One*, 6(1): e15712.
- Kirmayer, L. J., *et al.* (Eds.) (2017). Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health. Cambridge. Cambridge University Press.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. In: *The Lancet*, 379(9820): 1045-55.
- Lang, U. E., & Borgwardt, S. (2013). Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. In: *Cellular Physiology and Biochemistry*, 31: 761-77.
- Lees-Haley, P. R. (1997). Attorneys influence expert evidence in forensic psychological and neuropsychological cases. In: *Assessment*, 4(4): 321-4.
- Lees-Haley, P., & Dunn, J. T. (1994). The ability of naive subjects to report

symptoms of mild brain injury, posttraumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder. In: *Journal of Clinical Psychology*, 50: 252-6.

- Lemogne, C., *et al.* (2006). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, autonoetic consciousness, and self-perspective. In: *Consciousness and Cognition*, 15: 258-68.
- Lemogne, C., *et al.* (2009). In search of the depressive self: Extended medial prefrontal network during self-referential processing in major depression. In: *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 4: 305-12.
- Lemogne, C., *et al.* (2010). Self-referential processing and the prefrontal cortex over the course of depression: A pilot study. In: *Journal of Affective Disorders*, 124: 196-201.
- Lezak, M. D., *et al.* (2012). Neuropsychological Assessment. Fifth edition. New York. Oxford University Press.
- Light, S. N., *et al.* (2011). Reduced right ventrolateral prefrontal cortex activity while inhibiting positive affect is associated with improvement in hedonic capacity after 8 weeks of antidepressant treatment in major depressive disorder. In: *Biological Psychiatry*, 70: 962-8.
- MacQueen, G. M., *et al.* (2008). Posterior hippocampal volumes are associated with remission rates in patients with major depressive disorder. In: *Biological Psychiatry*, 64: 880-3.
- Mayberg, H. S. (2003). Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: Towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. In: *British Medical Bulletin*, 65: 193-207.
- Mayberg, H. S., *et al.* (2000). Regional metabolic effects of fluoxetine in major depression: Serial changes and relationship to clinical response. In: *Biological Psychiatry*, 48: 830-43.
- McGrath, C.L., *et al.* (2013). Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder. In: *JAMA Psychiatry*, 70: 821-9.
- McKinnon, M. C., *et al.* (2009). A meta-analysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder. In: *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 34: 41-54.
- McMakin, D., *et al* (2012). Anhedonia predicts poorer recovery among

youth with selective serotonin reuptake inhibitor treatment-resistant depression. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4): 404-11.

- Moffoot, A. P., *et al.* (1994). Diurnal variation of mood and neuropsychological function in major depression with melancholia. In: *Journal of Affective Disorders*, 32: 257-69.
- Moylan, S., *et al.* (2013). The neuroprogressive nature of major depressive disorder: Pathways to disease evolution and resistance, and therapeutic implications. In: *Molecular Psychiatry*, 18: 595-606.
- Nixon, N. L., *et al.* (2014). Biological vulnerability to depression: Linked structural and functional brain network findings. In: *British Journal of Psychiatry*, 204: 283-9.
- Nutt, D., *et al.* (2007). The other face of depression, reduced positive affect: The role of catecholamines in causation and cure. In: *Journal of Psychopharmacology*, 21(5): 461-71.
- O'Brien, J. T., *et al.* (2004). A longitudinal study of hippocampal volume, cortisol levels, and cognition in older depressed subjects. In: *The American Journal of Psychiatry*, 161: 2081-90.
- Pilhatsch, M., *et al.* (2011). Hypothyroidism and mood disorders: Integrating novel insights from brain imaging techniques. In: *Journal of Thyroid Research*, 4(1):3.
- Pizzagalli, D. A. (2011). Frontocingulate dysfunction in depression: Toward biomarkers of treatment response. In: *Neuropsychopharmacology*, 36: 183-206.
- Pizzagalli, D., *et al.* (2009). Reduced caudate and nucleus accumbens response to rewards in unmedicated individuals with major depressive disorder. In: *The American Journal of Psychiatry*, 166(6): 702-10.
- Player, M. J. *et al.* (2013). Neuroplasticity in depressed individuals compared with healthy control. In: *Neuropsychopharmacology*, 38(11). 2101-8.
- Price, J. L., & Drevets, W. C. (2012). Neural circuits underlying the pathophysiology of mood disorders. In: *Trends in Cognitive Sciences*, 16: 61-71.
- Queensland Brain Institute (2018). The Limbic System, Brain Anatomy. The Brain. Australia. The University of Queensland.

- Rettew, D. (2015). Psychiatric Vs. Neurological: Can the Brain Tell? A search for brain differences between psychiatric and neurological disorders. In: *Psychology Today*. Dec 02, 2015.
- Sapolsky, R. (2009). On Depression in U.S. YouTube. Stanford University.
- Sapolsky, R. (2011). Limbic System. YouTube. Stanford University.
- Satel, S., & Lilienfeld, S. O. (2013). Brainwashed: The Seductive Appeal for Mindless Neuroscience. New York. Basic Books.
- Shapiro, D. (1965). Neurotic Style. New York. Basic Books.
- Sheline, Y. I., *et al.* (1999). Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression. In: *The Journal of Neuroscience*, 19: 5034-43.
- Sheline, Y. I., *et al.* (2010). Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107: 1020-5.
- Siegle, G. J., *et al.* (2007). Increased amygdala and decreased dorsolateral prefrontal BOLD responses in unipolar depression: Related and independent features. In: *Biological Psychiatry*, 61: 198-209.
- Thomas, A. J., *et al.* (2009). A comparison of neurocognitive impairment in younger and older adults with major depression. In: *Psychological Medicine*, 39: 725-33.
- Trivedi, M. H., *et al.* (2008). Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2): 246-58.
- Wilhelm, K., Mitchell, P. B., Niven, H., Finch, A., Wedgwood, L., Scimone, A., Blair, I. P., Parker, G., & Schofield, P. R. (2006). Life events, first depression onset and the serotonin transporter gene. In: *British Journal of Psychiatry*. 188: 210–5.
- Yoshimura, S., *et al.* (2010). Rostral anterior cingulate cortex activity mediates the relationship between the depressive symptoms and the medial prefrontal cortex activity. In: *Journal of Affective Disorders*, 122: 76-85.
- Young, K. D., *et al.* (2012). Functional anatomy of autobiographical

memory recall deficits in depression. In: *Psychological Medicine*, 42: 345-57.

- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

الباب التاسع
رحلة علاج بالصدمات الكهربائية

- Black, D. W., Winokur, G., & Nasrallah, A. (1987). The treatment of depression: Electroconvulsive therapy vs antidepressants: A naturalistic evaluation of 1,495 patients. In: *Comprehensive Psychiatry*, 28(2): 169-82.
- Dong, J., *et al.* (2010). Effects of electroconvulsive therapy and propofol on spatial memory and glutamatergic system in hippocampus of depressed rats. In: *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine*, 26(2): 126-30.
- Frith, C. D., *et al.* (1983). Effects of ECT and Depression on Various Aspects of Memory. In: *The British Journal of Psychiatry*, 142(6): 610-7.
- Ottosson, J. O., & Fink, M. (2015). Ethics in Electroconvulsive Therapy. New York. Brunner-Routledge.
- Steif, B. L., *et al.* (1986). Effects of depression and ECT on anterograde memory. In: *Biological Psychiatry*, 21(10): 921-30.
- Waite, J., & Eaton, A. (Eds.) (2013). The ECT Handbook. London. RCPsych Publications.
- Zettle, R. D. (2007). ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance and Commitment Therapy in Treating Depression. Richmond. Raincoat Books.

الباب العاشر
اضطراب انزعاج ما قبل الطمث

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 171-5.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis. In: *The American Journal of Psychiatry*, 157: 1243-51.

الباب الحادي عشر
اضطراب اكتئابي ناجم عن مادة أو دواء

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 175-80.
- Buckley, T., *et al.* (2001). A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment-seeking substance abusers. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (3): 197-204.
- Grann, M. & Fazel S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. In: *British Medical Journal*, 328: 1233-4.

الباب الثاني عشر
اضطراب اكتئابي ناجم عن حالة طبية أخرى

- Ali, S., *et al.* (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. In: *Diabetic Medicine*. 23: 1165-73.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 180-3.
- Bould, H., *et al.* (2012). Investigation of thyroid dysfunction is more likely in patients with high psychological morbidity. In: *Family Practice*, 29: 163-7.
- Capuron, L., & Miller, A. H. (2004). Cytokines and psychopathology: lessons from interferonalpha. In: *Biological Psychiatry*, 56: 819-824.
- Danese, A., *et al.* (2008). Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. In: *The Archives of General Psychiatry*, 65: 409-15.
- Das, R., *et al.* (2013). Prevalence of depression in patients with type II diabetes mellitus and its impact on quality of life. In: *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(3): 284-9.
- Goodwin, G. (2006). Depression and Associated Physical Diseases and Symptoms. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2): 259-65.
- Hurley, K. (2017). Depression and Related Conditions. Updated in 20 May 2019. In: Psycom.
- Katon, W., *et al.* (2008). Depression and diabetes: A potentially lethal combination. In: *Journal of General Internal Medicine*, 23: 1571-5.
- Katon, W., *et al.* (2009). Depression and diabetes: factors associated with major depression at 5-year follow-up. In: *Psychosomatics*, 50: 570-9.

- Katon, W., *et al.* (2010). Depression and diabetes. Chichester. Wiley-Blackwell.
- Lin, E. H. B., *et al.* (2009). Depression and increased mortality in diabetes: Unexpected causes of death. In: *Annals of Family Medicine*, 7: 414-21.
- Mezuk, B., *et al.* (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. In: *Diabetes Care*, 31: 2383-90.
- Nicholson, A., *et al.* (2006). Depression as an etiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies. In: *European Heart Journal*, 27: 2363-774.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. In: *The Archives of General Psychiatry*, 60: 39-47.
- Ossowska K., & Lorenc-Koci E. (2013). Depression in Parkinson's disease. In: *Pharmacological Reports*, 65: 1545-57.
- Patricelli, K. (unknown). Depressive disorder due to another medical condition. In: Depression: Depression & related conditions. In: Gulf Bend Center. Victoria. gulfbend.org.
- Rosenblat, J. D., *et al.* (2014). Inflamed moods: A review of the interactions between inflammation and mood disorders. In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 53: 23-34.
- Rutledge, T., *et al.* (2006). Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. In: *Journal of the American College of Cardiology*, 48: 1527-37.
- Schmidt do Prado-Lima, P. A. (2014). Medical comorbidities and functioning in depression: A clinical perspective. In: *Medicographia*, 36(4): 464-9.
- Schultze-Florey, C. R., *et al.* (2012). When grief makes you sick: Bereavement induced systemic inflammation is a question of genotype. In: *Brain, Behavior, and Immunity*, 26: 1066-71.
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. In: *Psychological Bulletin*, 140: 774-815.

المراجع

- Stage, K. B., *et al.* (2003). Measurement of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). In: *Nordic Journal of Psychiatry*, 57: 297-301.
- Topic, R., *et al.* (2013) Somatic comorbidity, metabolic syndrome, cardiovascular risk, and CRP in patients with recurrent depressive disorders. In: *Croatian Medical Journal*, 54: 453-9.
- Van der Kooy, K., *et al.* (2007). Depression and the risk for cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22: 613-26.
- Van Melle, J. P., *et al.* (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. In: *Psychosomatic Medicine*, 66: 814-22.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

الباب الثالث عشر
اضطراب اكتئابي محدد آخر

• American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 183.

الباب الرابع عشر
نوبة اكتئابية قصيرة

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 183.

الباب الخامس عشر
الاكتئاب الموجز المتكرر

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 183.

الباب السادس عشر
نوبة اكتئابية مع أعراض غير كافية

- **American Psychiatric Association (2013) DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition. Washington, DC American Psychiatric Association. p.p 183-4**

الباب السابع عشر
اضطراب اكتئابي غير محدد

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 184.

الباب الثامن عشر
اضطراب اكتئابي مع انزعاج قلقي

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 183-4.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Demyttenaere, K., *et al.* (2009). "Caseness" for depression and anxiety in a depressed outpatient population: Symptomatic outcome as a function of baseline diagnostic categories. In: *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 11(6): 307-15.
- Fava, M., *et al.* (2008). Differences in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: A STAR*D report. In: *The American Journal of Psychiatry*, 165(3): 342-51.
- Kendall, P. C., & Watson, D. (Eds.). (1989). Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features. San Diego. Academic Press.
- Moffitt, T. E., Harrington, H. L., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed to age 32. In: *Archives of General Psychiatry*. 64:651-60.
- Stein, D. J. (2014). Subthreshold and residual symptoms in depression and anxiety disorders: Where next? In: *Medicographia*, 36(4): 452-57.
- Watson, D., *et al.* (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3): 3-14.

الباب التاسع عشر
نوبة الهلع

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 214-7.
- Bandelow, B., *et al.* (Ed.) (2014). Panic Disorder and Agoraphobia. Oxford. Oxford University Press.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Burns, D. (2006). When Panic Attacks: The new, drug-free anxiety therapy that can change your life. United State of America. Brodway publishing group.
- Bystritsky, A., *et al.* (2010). Clinical and subthreshold panic disorder. In: *Depression and Anxiety*, 27(4): 381-9.
- Dahlström, C. (2014). Panik-ångest & depression: Frågor och svar om två av våra vanligaste folksjukdomar. Sweden. Natur och Kultur. p.p. 72-120
- Goodwin, R. D., *et al.* (2005). Panic attacks and the risk of personality disorders. In: *Psychological Medicine*, 37: 227-35.
- Gustavson, C. (2006). Tänk om jag är knäpp? Om ångest, panik, fobier och tvångstankar. Sweden. ICA bokförlag.
- Kåver, A. (1999). Social fobi: Att känna sig granskad och bortgjord. Sweden. Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Kåver, A. (2014). Social ångest: Att känna sig granskad och bortgjord. Tredje upplagans. Sweden. Natur och Kultur.
- Kennerley, H. (1997). Overcoming Anxiety. London. Constable & robinson ltd.
- Silove, D., & Manicavasagar, V. (1997). Overcoming Panic. Robinson ltd.

- Svirsky, Liv & Thulin, Ulrika (2006) Mer än blyg – om social ängslighet hos barn och ungdomar. Cura Bokförlag och Utbildning AB. Sweden.

الباب العشرون
اضطراب اكتئابي مع ملامح مختلطة

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 184-5.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 5.
- Mmerikangas, K. R., *et al.* (2012). Mania with and without depression in a community sample of U.S. adolescents. In: *Archives of General Psychiatry*. 69(9): 943-51.
- Sato, T. *et al.* (2003). Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar "depressive mixed state" as bipolar spectrum. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 107(4): 268-74.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

الباب الواحد والعشرون
اضطراب اكتئابي مع ملامح سوداوية

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 185.

الباب الثاني والعشرون
اضطراب اكتئابي مع ملامح ذهانية

- American Psychiatric Association (2013). DSM 5: Diagnostic and Statisti cal Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 186.

الباب الثالث والعشرون
اضطراب اكتئابي مع ملامح غير نمطية

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statisti-cal Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 185-6.

الباب الرابع والعشرون
اضطراب اكتئابي مع شذوذ الحركة

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.

الباب الخامس والعشرون
اضطراب اكتئابي مع نمط فصلي

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 187-8.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 5.

الباب السادس والعشرون
اضطراب اكتئابي مع بدء فترة الولادة

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 186-7.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis. In: *The American Journal of Psychiatry*, 157: 1243-51.

الباب السابع والعشرون
شدة نوبات الاكتئاب الحاد وتداخلها

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 188.

الباب الثامن والعشرون
المقابلة العيادية

- Allgulander, C. (2019). Introduktion till klinisk psykiatri. Fourth edition. Lund. Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Angst, J., *et al.* (1996). Recovery from depression: Risk or reality? In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(6): 413-9.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Broberg, A., *et al.* (2003). Klinisk barnpsykologi: Utveckling på avvägar. Sweden. Natur och Kultur.
- Brockow, T., *et al.* (2004). Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on depressive disorders using the international classification of functioning, disability and health as a reference. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1): 49-55.
- Butcher, J. N., & Rouse, S. (1996). Clinical personality assessment. In: *Annual Review of Psychology*, 47: 87–111.
- Elwood, R. W. (1993). Psychological tests and clinical discriminations: Beginning to address the base rate problem. In: *Clinical Psychology Review*, 13: 409-19.
- Evans, D., & H. Allen, (2009). Made Incredibly Easy! Mental Health Nursing. First UK edition. Wolters Kluwer Health. London. Lippincott Williams & Wilkins.
- First, M. B., *et al.* (1997). User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Washington, DC. American psychiatric

press.

- Fossum, B. (2015). Kommunikation: Samtal och bemötande i vården. Andra upplagan. Sweden. Studentlitteratur.
- Goldberg, D. (Ed.) (1997). The Maudsley Handbook of Practical Psychiatry. Oxford. Oxford Medical Publications.
- Huline-Dickens, S. (2013). The mental state examination. In: Advances in *Psychiatric Treatment*, 19: 97-8.
- Kazarian, S. S., & Evans, D. R. (Eds.) (1998). Cultural clinical psychology: Theory, research, and practice. New York. Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2003). Research Design in Clinical Psychology. Boston. Allyn and Bacon.
- Kernberg, O. (1979). Object-Relation Theory and Clinical Psychoanalysis. New York. Jasson aronson.
- Kipps, C. M., & Hodges, J. R. (2005). Cognitive assessment for clinicians. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76: 22-30.
- Klein, M. (1980). The Psychoanalysis of Children. London. Hogarth press.
- Lewis-Fernandez, R., *et al.* (Eds.) (2016). DSM-5 handbook on the cultural formulation interview. American Psychiatric Association. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Mairs, H., *et al.* (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. In *Behavior Modification*, 35(5): 486-506.
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospital. In: *British Medical Journal*, 327: 116-7.
- Martell, C. R., *et al.* (2001). Depression in Context: Strategies for Guided Action. New York. Norton.
- Martell, C. R., *et al.* (2010). Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide. New York. Guildford press.
- Maruish, M. E. (Ed.) (2000). Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings. Mahwah. Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing: Helping People Change. Third edition. New York. Guilford Press.

- Millon, T. (1994). Manual for the MCMI-III. Minneapolis. National Computer Systems.
- Milne, D. (2009). Evidence-Based Clinical Supervision: Principles and Practice. West Sussex. The British Psychological Society Blackwell.
- Montgomery, K. (2006). How Doctors Think. Oxford. Oxford University Press.
- Padesky, C. A. (1995). Clinician's Guide to Mind Over Mood. New York. Guilford Press.
- Paykel, E. S. (1985). The Clinical Interview for Depression: Development, reliability and validity. In: *Journal of Affective Disorders*, 9: 85-96.
- Renberg, E. S., *et al.* (2013). Suicidnära patienter -kliniska riktlinjer för utredning och vård. First edition. Stockholm. Svenska Psykiatriska Föreningen.
- Rogers, R., *et al.* (1992). SIRS: Structured Interview of Reported Symptoms Professional Manual. Odessa. Psychological Assessment Resources.
- Townsend, M. C. (2011). Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications. Philadelphia. F. A. Davis Company.
- Zimmerman, M., *et al.* (2004). Which factors influence psychiatrists' selection of antidepressants? In: *The American Journal of Psychiatry*, 161: 1285-9.
- Östby, C., *et al.* (2009). Stolthet & Fördom: Möte med psykiatrin idag. Sweden. Psykiatriska kliniken i Skellefteå.
- أبو زعيزع، ع. (2009). اساسيات الارشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق. الاردن. دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- بوسنة، ع. (2008). محاضرات في تقنيات الفحص العيادي. الجزائر. جامعة محمد خيضر بسكرة.
- تايلور، ش. (2008). علم النفس الصحي. عمان. دار الحامد للنشر والتوزيع.
- الخالدي، أ. م. (2006). مرجع في علم النفس الاكلينيكي المرضي: الفحص والعلاج. الأردن. دار وائل.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- سالم، م. ي. (2012). علم النفس: المعنى والتطبيق. مصر. المجموعة العربية للتدريب

المراجع

والنشر.

- عبد الخالق، أ. م. (2007). قياس الشخصية. مصر. دار المعرفة الجامعية.
- عبد المعطي، ح. م. (1998). علم النفس الاكلينيكي. مصر. دار فياء الحديثة للطباعة والنشر والتوزيع.
- النجار، خ. ع. (2008). دراسة الحالة: حقيبة تدريبية أكاديمية. السعودية. جامعة الملك فيصل.

الباب التاسع والعشرون
اختبارات ومقاييس تقييم الاكتئاب

- Achard, S., *et al.* (1995). Social adjustment and depression: Value of the SAS-SR (Social Adjustment Scale Self-Report). In: *Encephale*, 21(2): 107-16.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). Psychological Testing. Seventh edition. New York. Macmillan.
- Beacon Health Options (not available). List of Psychological Tests. Boston. Beacon Health Options website.
- Bech, P., *et al.* (1997). The Major Depression Rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials. In: *Journal of Affective Disorders*, 42: 39-48.
- Bech, P., *et al.* (2002). Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS): Psychometric analysis as outcome measure in the treatment of patients with major depression in the remission phase. In: *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6: 141-6.
- Bent-Hamsen, *et al.* (2003). The validity of the Depression Rating Scale in discriminating between citalopram and placebo in depression recurrence in the maintenance therapy of elderly unipolar patients with major depression. In: *Pharmacopsychiatry*, 36: 313-6.
- Berndt, D. J., *et al.* (1983). Readability of self-report depression inventories. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 627-8.
- Boccaccini, M. T., & Brodsky, S. L. (1999). Diagnostic test usage by forensic psychologists in emotional injury cases. In: Professional Psychology: *Research and Practice*, 30: 253-9.
- Camara, W. J., *et al.* (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. In: Professional Psychology: *Research and Practice*,

31: 141-54.

- Carrol, B. J., *et al.* (1973). Depression rating scales: A critical review. In: *Archives of General Psychiatry*, 28: 361-366.
- Despiégel, N., *et al.* (2012). The use and performance of productivity scales to evaluate presenteeism in mood disorders. In: *Value Health*, 15(8): 1148-61.
- Evans, V. C. & R. W. Lam (2014). Assessments of functional improvement: self- versus clinician-ratings. In: *Medicographia*, 36(4): 512-20.
- Gregory, R. J. (1992). Psychological Testing: History Principles, and Applications.
- Hunsley, J., & Meyer, G. J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: Conceptual, methodological, and statistical issues. In: *Psychological Assessment*, 15: 446-55.
- Jaeger, J., Berns, S. M., & Czobor, P. (2003). The multidimensional scale of independent functioning: A new instrument for measuring functional disability in psychiatric populations. In: *Schizophrenia Bulletin*, 29(1): 153-68.
- Kieffer, K. M., & Reese, R. J. (2002). A reliability generalization study of the Geriatric Depression Scale. In: *Educational and Psychological Measurement*, 62: 969-94.
- Lam, R. W., Michalak, E. E., & Yatham, L. N. (2009). A new clinical rating scale for work absence and productivity: Validation in patients with major depressive disorder. In: *BMC Psychiatry*, 9:78.
- Leach, L.F., *et al.* (2006). A reliability generalization study of the Self-Description Questionnaire. In: *Educational and Psychological Measurement*, 66: 285-304.
- Lilienfeld, S. O., *et al.* (2000). Th scientific status of projective techniques. In: *Psychological Science in the Public Interest*, 1: 27-66.
- Maier, W., *et al.* (1988). Improving depression severity assessment -I. Reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales. In: *Journal of Psychiatry Research*, 22: 3-12.
- Meyer, G. J., & Kurtz, J. E. (2006). Guidelines editorial—Advancing personality assessment terminology: Time to retire "objective" and "projective" as personality test descriptors. In: *Journal of Personality Assessment*, 87: 1-

4.

- Meyer, G. J., *et al.* (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. In: *American Psychologist*, 56: 128-65.
- O'Rourke, N. (2004). Reliability generalization of responses by care providers to the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. In: *Educational and Psychological Measurement*, 64: 973-90.
- Reynolds, W. M., & Mazza, J. J. (1998). Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with young adolescents. In: *Journal of School Psychology*, 36: 295-312.
- Rush, A. J., *et al.* (2003). The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. In: *Biological Psychiatry*, 54: 573-83.
- Smith, T. B., *et al.* (2001). Intake Screening with the self-Rating Depression Scale in a University Counseling Center. In: *Journal of College Counseling*, 4: 133-41.
- Snaith, R. P., *et al.* (1995). A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. In: *British Journal of Psychiatry*, 167: 99-103.
- Tanaka-Matsumi, J., & Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 328-33.
- Young, J. E. (2005). Young Shema Questionnaire. Third edition. New York. Cognitive Therapy Centre of New York.
- Young, J. E., *et al.* (2008). Schema Mode Questionnaire. Version 1.1. New York. Cognitive Therapy Centre of New York.
- Zimmerman, M. (2011). Tools for Depression: Standardized Rating Scales. medscape.org/viewarticle/749921.
- Zimmerman, M., *et al.* (2006). Discordance between self-reported symptom severity and psychosocial functioning ratings in depressed outpatients: Implications for how remission from depression should be defined. In: *Psychiatry Research*, 141(2): 185-91.

المراجع

- أبو زعيزع، ع. (2009). اساسيات الارشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق. الاردن. دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

الباب الثلاثون

مقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية

- Arbisi, P. A., & Ben-Porath, Y. S. (1995). An MMPI-2 Infrequent response scale for use with psychopathological populations: The infrequency psychopathology scale. In: *Psychological Assessment*, 7: 424-31.
- Arbisi, P. A., *et al.* (2002). A comparison of MMPI-2 validity in African American and Caucasian psychiatric inpatients. In: *Psychological Assessment*, 14: 3-15.
- Bagby, R. M., *et al.* (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. In: *Journal of Personality Assessment*, 68: 650-64.
- Bury, A. S., & Bagby, R. M. (2002). The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. In: *Psychological Assessment*, 14: 472-84.
- Butcher, J. N., *et al.* (1989). MMPI-2: Manual for administration and scoring. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., *et al.* (1989). MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- Drayton, M. (2009). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). In: *Occupational Medicine*, 59: 135-6.
- Graham, J. (2011). MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology. Fifth Edition. New York. Oxford University Press.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1989). MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring. Minnesota. University of Minnesota Press.
- Hersch, P. D., & Alexander, R. W. (1990). MMPI profile patterns of emotional disability claimants. In: *Journal of Clinical Psychology*, 46: 795-9.

المراجع

- Krishnamurthy, R., *et al.* (1996). The MMPI-A and Rorschach: A failure to establish convergent validity. In: *Assessment*, 3: 179–91.
- Lees-Haley, P. R. (1997). MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. In: *Journal of Clinical Psychology*, 53: 745-55.
- Nicholson, R. A., *et al.* (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: Receiver operating characteristic analysis. In: *Psychological Assessment*, 9: 471-9.
- Ritsher, J. B. (2004). Association of Rorschach and MMPI psychosis indicators and schizophrenia spectrum diagnoses in a Russian clinical sample. In: *Journal of Personality Assessment*, 83: 46–63.
- Rogers, R., *et al.* (1993). Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2: Detection of coached simulators. In: *Journal of Personality Assessment*, 60: 215-26.
- Rogers, R., *et al.* (2003). Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. In: *Assessment*, 10(2): 160-77.
- Rosenthal, R., *et al.* (2001). Meta-analytic methods, the Rorschach, and the MMPI. In: *Psychological Assessment*, 13: 449–51.
- Steffan, J., & Morgan, R. D. (2003). An MMPI-2 scale to detect malingered depression (Md scale). In: *Assessment*, 10(4): 382-92.
- Storm, J., & Graham, J. R. (2000). Detection of coached general malingering on the MMPI-2. In: *Psychological Assessment*, 12: 158-65.
- Viglione, D. J., *et al.* (2001). Evading detection on the MMPI-2: Does caution produce more realistic patterns of responding? In: *Assessment*, 8(3): 237-50.
- Walters, G. L., & Clopton, J. R. (2000). Effect of symptom information and validity scale information on the malingering of depression on the MMPI-2. In: *Journal of Personality Assessment*, 75: 183-99.
- إبراهيم، ع. (1998). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث. فهمه وأساليب علاجه. عالم المعرفة. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- بقاعي، هـ. (2004). اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية - النسخة الثانية. في: مجلة *اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس*، 2(1): 145-149.

- ملكية، ل. ك. (2000). اختبار الشخصية المتعدد الأوجه: دليل الاختبار. الطبعة السادسة.

الباب الواحد والثلاثون
مقياس بيك للاكتئاب

- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The Depression Inventory. In: P. Pichot & R. Oliver-Martin (Eds.), *Psychological measurements in psychopharmacology: Modern problems in pharmacopsychiatry*, 7: 151-69. Basel. Karger.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). Beck Depression Inventory manual. San Antonio. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., *et al.* (1961). An inventory for measuring depression. In: *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-71.
- Beck, A. T., *et al.* (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. In: *Clinical Psychology Review*, 8: 77-100.
- Beck, A. T., *et al.* (1996). Manual for the Beck Depression Inventory - II. San Antonio. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory manual. Second edition. San Antonio. Psychological Corporation.
- Dozois, D. J. A., & Covin, R. (2004). The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). In: M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment*, 2. Personality assessment: 50-69. Hoboken. John Wiley & Sons Inc.
- Dozois, D. J. A., *et al.* (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. In: *Psychological Assessment*, 10: 83-9.
- Hatzenbuehler, L. C., *et al.* (1983). Classifying college students as depressed

of nondepressed using the Beck Depression Inventory. An empirical analysis. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 360-6.

- Santor, D. A., *et al.* (1994). Nonparametric item analyses of the Beck Depression Inventory: Evaluating gender item bias and response option weights. In: *Psychological Assessment*, 6: 255-70.
- Steer, R. A., & Clark, D. A. (1997). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students. In: *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30: 128-36.
- Steer, R. A., *et al.* (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. In: N. Sartorius & T. A. Ban (Eds.), *Assessment of depression*: 123-142. New York. Springer-Verlag.
- Steer, R. A., *et al.* (1997). Further evidence for the construct validity of the Beck Depression Inventory-II with psychiatric outpatients. In: *Psychological Reports*, 80: 443-6.
- Steer, R. A., *et al.* (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20: 127-37.
- Whisman, M. A., *et al.* (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in a student sample. In: *Journal of Clinical Psychology*, 56(4): 545-51.
- Yin, P., & Fan, X. (2000). Assessing the reliability of Beck Depression Inventory scores: Reliability generalization across studies. In: *Educational and Psychological Measurement*, 60: 201-223.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- عبد الخالق، أ. م. (2007). قياس الشخصية. مصر. دار المعرفة الجامعية.

الباب الثاني والثلاثون
مقياس هاملتون للاكتئاب

- Akdemir, *et al.* (2001). Reliability ad validity of the Turkish Version of the Hamilton Depression Rating Scale. In: *Comprehensive Psychiatry*, 42: 161-5.
- Bech, P., *et al.* (1984). Assessment of symptom change from improvement curves on the Hamilton Depression Scale in trials with antidepressants. In: *Psychopharmacology*, 84: 276-81.
- Cole, J. C., *et al.* (2004). Structural validation of the Hamilton Depression Rating Scale. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26: 241-54.
- Gibbons R. D., *et al.* (1993). Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure. In: *Journal of Psychiatry Research*, 27: 259-73.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. In: *British Journal of Clinical Psychology*, 6: 278-96.
- Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23: 56-62.
- Hammond, M. (1998). Rating depression severity in the elderly physically ill patient: Reliability and factor structure of the Hamilton and the Montgomery-Asberg depression rating scales. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13: 257-61.
- Kobak, K. A., & Reynolds, W. M. (2000). The Hamilton Depression Inventory. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care settings*: 423- 61. Mahwah. Lawrence Erlbaum Associates.
- Lopez-Pina, *et al.* (2009). The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. In: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1): 143-59.

- Potts, M. K., *et al.* (1990). A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: Evidence of reliability and versatility of administration. In: *Journal of Psychiatry Research*, 24: 335-50.
- Ramos, J. A., & Cordero, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for depression. In: *Journal of Psychiatry Research*, 22: 21-8.
- Roffman, J. L., *et al.* (2010). Diagnostic Rating Scales and Laboratory Tests. In: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Sixth Edition: 61-71.
- Romera, I., *et al.* (2011). Optimal cut off point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. In: *Psychiatry Research*, 186: 133-7.
- Snaith, R. P., *et al.* (1995). A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. In: *British Journal of Psychiatry*, 167: 99-103.
- Thunedborg, K., *et al.* (1995). Beyond the Hamilton Depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: Prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64: 131-40.
- Williams, J .B. W., *et al.* (2000). Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale-Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD). New York. State Psychiatric Institute.
- Zimmerman, M., *et al.* (2012). Why do some depressed outpatients who are not in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale nonetheless consider themselves to be in remission? In: *Depression and Anxiety*, 29: 891-5.

الباب الثالث والثلاثون
مقياس مونتغمري-أوسبيري للاكتئاب

- Maust, D., *et al.* (2012). Psychiatric rating scales. In: *Handbook of Clinical Neurology*, 106: 227-37.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. A. (1979). new depression scale designed to be sensitive to change. In: *The British Journal of Psychiatry*, 134: 382-39

الباب الرابع والثلاثون
مقياس زانغ الذاتي للاكتئاب

- Gregory, R. J. (1994). The Zung Self-Rating Depression Scale as a Potential Screening Tool for Use with Eskimos. New York. State University of New York.
- Kitamura, T., *et al.* (2009). Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan. In: *Psychiatry Research.* 128(3): 281-7.
- Thurber, *et al.* (2002). The Zung Self-Rating Depression scale. Boise. Boise State University.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. In: *Archives of General Psychiatry*, 12: 63-70.
- Zung, W. W. K. (1972). The Depression Status Inventory: An adjunct to the Self-Rating Depression Scale. In: *Journal of Clinical Psychology*, 28(4): 539-43.
- Zung, W. W., & Zung, E. M. (1986). Use of the Zung Self-rating Depression Scale In the elderly In: *Clinical Gerontologist*, 5(1-2): 137-48.

الباب الخامس والثلاثون
اختبار روشاخ

- Acklin, M. W. (2000). Rorschach Interpretive Assistance Program: Version 4 for Windows. In: *Journal of Personality Assessment*, 75: 519–21.
- Acklin, M. W., *et al.* (2000). Interobserver agreement, intra observer reliability, and the Rorschach Comprehensive System. In: *Journal of Personality Assessment*, 74: 15–47.
- Allen, J., & Dana, R. H. (2004). Methodological issues in cross-cultural and multicultural Rorschach research. In: *Journal of Personality Assessment*, 82: 189-206.
- Aronow, E., Reznikoff, M. & Moreland, K. L. (1995). The Rorschach: Projective technique or psychometric test? In: *Journal of Personality Assessment*, 64: 213–28.
- Atkinson, L., *et al.* (1986). Rorschach validity: An empirical approach to the literature. In: *Journal of Clinical Psychology*, 42: 360–2.
- Beck, S. J. (1952). Rorschach's Test: Advanced in Interpretation. New York Grune & Statton.
- Beck, S. J . *et al.* (1961). Rorschach test. In: Basic processes. Third revision. I New York: Grune & Strtton, Inc.
- Blatt, S. J., *et al.* (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4): 364–373.
- Bornstein, R. F. (1996). Construct validity of the Rorschach Oral Dependency Scale: 1967-1995. In: *Psychological Assessment*, 8: 200–505.
- Bornstein, R. F. (1999). Criterion validity of objective and projective dependency tests. A meta-analytic assessment of behavioral prediction. In *Psychological Assessment*, 11: 48–57.

- Bornstein, R. F. (2001). Clinical utility of the Rorschach Inkblot Method: Reframing the debate. In: *Journal of Personality Assessment*, 77: 39-47.
- Bornstein, R. F., & Masling, J. M. (Eds.) (2005). Scoring the Rorschach: Seven validated systems. Mahwah. Erlbaum.
- Bornstein, R. F., *et al.* (1996). Internal reliability of Rorschach Oral Dependency Scale scores. In: *Educational and Psychological Measurement*, 56: 130-8.
- Choca, J. P., & Rossini, E. D. (2018). Assessment using the Rorschach Inkblot Test. Psychological assessment series. Washington, DC. American Psychological Association.
- Dao, T. K., & Prevatt, F. (2006). A psychometric evaluation of the Rorschach Comprehensive System's Perceptual Thinking Index. In: *Journal of Personality Assessment*, 86: 180-9.
- Dawes, R. M. (1999). Two methods for studying the incremental validity of a Rorschach variable. In: *Psychological Assessment*, 11: 297-302.
- Dipaola, D., *et al.* (2015). Thematic Apperception Test: An original proposal for interaction analysis. In: *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 3 (3).
- Exner, J. E. (1996). Critical bits and the Rorschach response process. In: *Journal of Personality Assessment*, 67: 464-77.
- Exner, J. E. (2001). A Rorschach workbook for the Comprehensive System. Fifth edition. Asheville. Rorschach Workshops.
- Exner, J. E. (2003). The Rorschach: A comprehensive system, 1. Basic foundations. Forth edition. New York. Wiley.
- Exner, J. E. Jr. (1980). But it's only an inkblot. In: *Journal of Personality Assessment*, 44: 563.
- Exner, J. E. Jr. (1986). The Rorschach: The comprehensive system, 1. Basic foundation. New York. Wiley.
- Exner, J. E., & Erdberg, P. (2005). The Rorschach: A Comprehensive System, 2. Advanced Interpretation. Third edition. Oxford. Wiley.
- Fischer, C. T. (1994). Rorschach scoring questions as access to dynamics. In: *Journal of Personality Assessment*, 62: 515-24.

- Fowler, J. C., *et al.* (2001). The Rorschach suicide constellation: Assessing various degrees of lethality. In: *Journal of Personality Assessment*, 76: 333-51.
- Gacono, C. B., *et al.* (Eds.) (2007). Handbook of forensic Rorschach psychology. Mahwah. Erlbaum.
- Garb, H. N. (1999). Call for a moratorium on the use of the Rorschach Inkblot Test in clinical and forensic settings. In: *Assessment*, 6: 313-7.
- Garb, H. N., *et al.* (2001). Towards a resolution of the Rorschach controversy. In: *Psychological Assessment*, 13: 433-8.
- Gronnerod, C. (2003). Temporal stability in the Rorschach method: A meta-analytic review. In: *Journal of Personality Assessment*, 80(3): 272-93.
- Gronnerod, C. (2004). Rorschach assessment of changes following psychotherapy: A meta-analytic review. In: *Journal of Personality Assessment*, 83: 256-76.
- Grove, W. M., *et al.* (2002). Failure of Rorschach-Comprehensive- System-based testimony to be admissible under the Daubert-Joiner-Kumho standard. In: *Psychology, Public Policy, & Law*, 8: 216-34.
- Hartmann, E., *et al.* (2003). Depression and vulnerability as assessed by the Rorschach method. In: *Journal of Personality Assessment*, 81: 243-56.
- Hertz, M. R. (1936). The method of administration of the Rorschach inkblot test. In: *Child Development*, 7: 237-54.
- Hertz, M. R. (1992). Rorschach bound: A 50-year memoir. In: Professional Psychology. In: *Research and Practice*, 23: 168-71.
- Hiller, J. B., *et al.* (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. In: *Psychological Assessment*, 11: 278-96.
- Hilsenroth, M. J., & Handler, L. (1995). A survey of graduate students' experiences, interests, and attitudes about learning the Rorschach. In: *Journal of Personality Assessment*, 64: 243-57.
- Hunsley, J., & Bailey, J. M. (1999). The clinical utility of the Rorschach: Unfulfilled promises and an uncertain future. In: *Psychological Assessment*, 11 266-77
- Hunsley, J., & Bailey, J. M. (2001). Wither the Rorschach? An analysis of

the evidence. In: *Psychological Assessment*, 13: 472-85.

- Ikiz, T. (2011). The history and development of the Rorschach test in Turkey. In: *Rorschachiana*, 32: 72-90.
- Janson, H., & Stattin, H. (2003). Prediction of adolescent and adult antisociality from childhood Rorschach ratings. In: *Journal of Personality Assessment*, 81: 51-63.
- Jensen, A. R. (1965). Review of the Rorschach Inkblot Test. In: O. K. Buros (Ed.), *The sixth mental measurements yearbook*: 501-9. Highland Park. Gryphon Press.
- Klopfer, B., *et al.* (1962). Development in the Rorschach technique. New York. Brace & World, Inc.
- Kumar, R. (2010). Rorschach Inkblot Test: A Guide to Modified Scoring System. New Delhi. Prasad Psycho Corporation.
- Lundback, E., *et al.* (2006). CSF 5-HIAA and the Rorschach test in patients who have attempted suicide. In: *Archives of Suicide Research*, 10: 339-45.
- Meloy, J. R. (2005). Some reflections on What's wrong with the Rorschach? In: *Journal of Personality Assessment*, 85: 344-6.
- Meyer, G. J. (1996). Construct Validation of scales derived from the Rorschach method: A review of issues and introduction to the Rorschach rating scale. In: *Journal of Personality Assessment*, 67: 598-628.
- Meyer, G. J. (1996). The Rorschach and MMPI: Toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment. In: *Journal of Personality Assessment*, 67: 558-78.
- Meyer, G. J. (1997). Assessing reliability: Critical corrections for a critical examination of the Rorschach Comprehensive System. In: *Psychological Assessment*, 9: 480-9.
- Meyer, G. J. (1999). Introduction to the Special Series on the utility of the Rorschach for clinical assessment. In: *Psychological Assessment*, 11: 235-9.
- Meyer, G. J. (2000). Incremental validity of the Rorschach Prognostic Rating Scale over the MMPI Ego Strength scale and IQ. In: *Journal of Personality Assessment*, 74: 356-70.
- Meyer, G. J. (2000). On the science of Rorschach research. In: *Journal of*

Personality Assessment, 75(1): 46–81.

- Meyer, G. J. (2001). Evidence to correct misperceptions about Rorschach norms. In: *Clinical Psychology: Science & Practice*, 8: 389–96.
- Meyer, G. J. (2002). Exploring possible ethnic differences and bias in the Rorschach comprehensive system. In: *Journal of Personality Assessment*, 78: 104-29.
- Meyer, G. J. (Ed.). (2001). Special Section II: The utility of the Rorschach for clinical assessment. In: *Psychological Assessment*, 13: 419–502.
- Meyer, G. J., & Handler, L. (1997). The ability of the Rorschach to predict subsequent outcome: A meta-analysis of the Rorschach prognostic rating scale. In: *Journal of Personality Assessment*, 69: 1–38.
- Meyer, G. J., & Kurtz, J. E. (2006). Guidelines editorial—Advancing personality assessment terminology: Time to retire "objective" and "projective" as personality test descriptors. In: *Journal of Personality Assessment*, 87: 1-4.
- Meyer, G. J., *et al.* (2000). A replication of Rorschach and MMPI-2 convergent validity. In: *Journal of Personality Assessment*, 74(2): 175–215.
- Meyer, G. J., *et al.* (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. In: *American Psychologist*, 56: 128-65.
- Meyer, G. J., *et al.* (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach Comprehensive System in eight data sets. In: *Journal of Personality Assessment*, 78: 219–74.
- Mihura, J. L., & Weinle, C. A. (2002). Rorschach training: Doctoral students' experiences and preferences. In: *Journal of Personality Assessment*, 79: 39–52.
- Needham H. S., & Schuster, W. H. (1961). Guide to Administration and Scoring: Holtzman Inkblot Technique. New York. The Psychological Corporation.
- Nygren, M. (2004). Rorschach Comprehensive System variables in relation to assessing dynamic capacity and ego strength for psychodynamic psychotherapy. In: *Journal of Personality Assessment*, 83: 277–92.
- Perry, W., *et al.* (1995). Amphetamine on Rorschach measures in normal

subjects. In: *Journal of Personality Assessment*, 64: 456-65.

- Phillips, L., & Smith, J. (1953). Rorschach Interpretation: Advanced Technique. New York. Grune & Stratton, Inc.
- Presley, G., *et al.* (2001). Clinical utility of the Rorschach with African Americans. In: *Journal of Personality Assessment*, 77(3): 491-507.
- Rickers-Ovsiankina, M. A. (Ed.) (1977). Rorschach Psychology. New York. Krieger.
- Rorschach, H. (1938). Psychodiagnostics. New York. Grune & Stratton, Inc.
- Rorschach, H. (1951). Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception. New York. Grune & Stratton, Inc.
- Rorschach, H. (1969). Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception. Seventh edition. Bern. Hans Huber.
- Rosenthal, R., *et al.* (2001). Meta-analytic methods, the Rorschach, and the MMPI. In: *Psychological Assessment*, 13: 449-51.
- Schafer, R. (1954). Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. New York. Grune & Stratton.
- Shaffer, T. W., *et al.* (1999). Current nonpatient data for the Rorschach, WAIS-R, and MMPI-2. In: *Journal of Personality Assessment*, 73(2): 305-16.
- Smith, S. R., & Hilsenroth, M. J. (2003). ROR-SCAN 6: Rorschach Scoring for the 21st Century. In: *Journal of Personality Assessment*, 80: 108-10.
- Sorai, K., & Ohnuki, K. (2008). The development of the Rorschach in Japan. In: *Rorschachiana*, 29: 38-63.
- Stokes, J. M., *et al.* (2003). The Rorschach Ego Impairment Index: Prediction of treatment outcome in a child psychiatric population. In: *Journal of Personality Assessment*, 81: 11-9.
- Sultan, S., *et al.* (2006). A Rorschach stability study in a nonpatient adult sample. In: *Journal of Personality Assessment*, 87: 113-9.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. In: *Journal of Personality Assessment*, 41: 3-9.
- Viglione, D. J. (1996). Data and issues to consider in reconciling self-report and the Rorschach. In: *Journal of Personality Assessment*, 67: 579-87.

- Viglione, D. J. (1999). A review of recent research addressing the utility of the Rorschach. In: *Psychological Assessment*, 11, 251-65.
- Viglione, D. J. Jr. (1997). Problems in Rorschach research and what to do about them. In: *Journal of Personality Assessment*, 68: 590-9.
- Viglione, D. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: Facts, fictions, and future. In: *Psychological Assessment*, 13(4): 452-71.
- Viglione, D. J., *et al.* (2003). Modifying the Rorschach Human Experience Variable to create the Human Representational Variable. In: *Journal of Personality Assessment*, 81: 64-73.
- Viglione, D. J., *et al.* (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index incorporating the Human Representational Variable. In: *Journal of Personality Assessment*, 81: 149-56.
- Weiner, I. B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach Inkblot Method as exemplar. In: Psychological Assessment, 13: 423-34.
- Weiner, I. B. (2003). Principles of Rorschach Interpretation. Second edition. Mahwah. Erlbaum.
- Widiger, T. A., & Schilling, K. M. (1980). Toward a construct validation of the Rorschach. In: *Journal of Personality Assessment*, 44: 450-9.
- Wood, J. M., *et al.* (2001). Problems with the norms of the Comprehensive System for the Rorschach: Methodological and conceptual considerations. In: *Clinical Psychology: Science & Practice*, 8(3): 397-402.
- Wood, J. M., *et al.* (2001). The misperception of psychopathology: Problems with norms of the Comprehensive System for the Rorschach. In: *Clinical Psychology: Science & Practice*, 8(3): 350-73.
- Wood, J. M., *et al.* (2010) Validity of Rorschach Inkblot scores for discriminating psychopaths from non-psychopaths in forensic populations: A meta-analysis. In: *Psychological Assessment*, 22: 336-49.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح، ح. (2003). تكنيك الروشاخ: ترجمة مختصرة بتصرف لدليل تكنيك الروشاخ تأليف برونو كلوبفر وهيلين ديفدسون. مكة. منشورات جامعة أم القرى.

- كلوبفر، ب. ودايفدسون، هـ. (1965). تكنيك الرورشاخ. القاهرة .المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الباب السادس والثلاثون
اختبار تفهم الموضوع

- Ackerman, S., et al. (2014). The Thematic Apperception Test: A Performance-Based Assessment Technique. In R. P. Archer, & S. N. Smith (Ed.), *Personality Assessment. Second Edition*. New York: Routledge.
- Aronow, E., et al. (2001). A Practical Guide to The Thematic Apperception Test: The TAT in Clinical Practice. Taylor & Francis.
- Balcetis, E., & Dunning, D. (2006). See what you want to see: Motivational influences on visual perception. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 612-25.
- Dipaola, D., et al. (2015). Thematic Apperception Test: An original proposal for interaction analysis. In: *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 3 (3).
- رحل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملي للنشر والتوزيع

الباب السابع والثلاثون
صراعات مع الاكتئاب

مادّة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقات على فيديوهات الاضطرابات الاكتئابية المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رحل الكهف* على اليوتيوب.

- Dewa, C. S., Thompson, A. H., & Jacobs, P. (2011). The association of treatment of depressive episodes and work productivity. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12): 743-50.
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (2009). Suicide. In: *The Lancet*, 373: 1372-81
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (Eds.) (2000). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester. John Wiley & Sons.
- Hawton, K. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. In: *The Lancet*, 379: 2373-82.
- Hickie, I. (2007). Is depression overdiagnosed? In: *British Medical Journal* 335: 329.
- Hunt, I. M., *et al.* (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients. In: *Psychological Medicine*, 39: 443-9.
- Lewis, G., *et al.* (1997). Strategies for preventing suicide. In: *British Journal of Psychiatry*, 171: 351-54.
- Moberg, Å. (2005). Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiskt sjuka. Sweden. Bokförlaget DN. p.p. 117-24.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. In: *Social and Personality Compass*, 5: 1-12
- Paradiso, S., *et al.* (1997). Cognitive impairment in the euthymic phase of

chronic unipolar depression. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (12): 748-54.

- Parker, G. (2007). Is depression overdiagnosed? In: *British Medical Journal* 335: 328.
- Parker, G., & Paterson, A. (2014). Melancholia: Definition and management. In: *Current opinion in Psychiatry*, 27: 1-6.
- Ringskog Vagnhammar, S., & Wasserman, D. (2014). Första hjälpen vid självmordsrisk. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden: Studentlitteratur.
- Runeson, B., *et al.* (2012). Den suicidnära patienten: Värdering och hantering av suicidrisk. First edition. Lund: Studentlitteratur.
- Sirey, J. A., *et al.* (2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. In: *Psychiatric Services Journal*. 52: 1615-20.
- Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2002). Self-Directed Behavior. Belmont, Wadsworth/Thomson Learning.

الباب الثامن والثلاثون

هل الاكتئاب هو مرض العصر؟

مادّة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقات على فيديوهات الاضطرابات الاكتئابية المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رجل الكهف* على اليوتيوب.

- Beekman, A. T. F., *et al.* (2002). The natural history of late-life depression: A 6 year prospective study in the community. In: *The Archives of General Psychiatry*, 59: 605-11.
- Brendt, E. R., *et al.* (2000). Lost human capital from early-onset chronic depression. In: *American Journal of Psychiatry*, 157: 940-7.
- Courtet, P., & Olie, E. (2012). Circadian dimension and severity of depression. In: *European Neuropsychopharmacology*, 22: 3476-81.
- Eberhart, N. K., *et al.* (2011). Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1): 75-104.
- Faris, R. E. L. & Dunham, H. W. (1939). Mental Disorders in Urban Areas. Chicago. Chicago University Press.
- Gilbert, P. (1989). Human Nature and Suffering. Hillsdale. Erlbaum.
- Hari, Johann (2018). Lost Connections: Uncovering the Real Cause of Depression and the Unexpected Solution. New York. Bloomsbury.
- Harwood, D. *et al.* (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: A descriptive and case-control study. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 155-165.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). Social Class and Mental Illness: A community study. New York. John Wiley & Sons.

- Jacoby, R. & Oppenheimer, C. (Eds.) (1991). Psychiatry in the Elderly. New York. Oxford University Press.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis. In: *The American Journal of Psychiatry*, 157: 1243-51.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. In: *The American Journal of Psychiatry*, 158(4): 582-6.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., *et al.* (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In: *The Journal of the American Medical Association*. 289: 3095-105.
- Kessler, R. C., *et al.* (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. In: *American Journal of Psychiatry*. 163(9): 1561-8.
- LeDoux, J. (1998). The Emotional Brain. London. Weidenfeld &Nicolson.
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 7(1): 3-7.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. J., Kokaua, J., Milne, B. J., *et al.* (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. In: *Psychological Medication*. 40: 899-909.
- Reynolds III, C. F., *et al.* (2012). Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. In: *Annual Review of Public Health*. 33: 129-35.
- Sapolsky, R. (2009). On Depression in U.S. YouTube. Stanford University.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Ustun, T. B., Gater, R., Gureje, O., & Sartorius, N. (1995). Is the lifetime risk of depression actually increasing? In: *Journal of Clinical Epidemiology*. 48:1109-18.
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and

major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. In: *Psychological Bulletin*, 140: 774-815.

- Stewart, W. F., *et al.* (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. In: *The Journal of the American Medical Association*. 289(23): 3135-44.
- Van't Veer Tazelaar, P., *et al.* (2010). Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. In: *British Journal of Psychiatry*, 196: 319-25.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. In: *Archives of General Psychiatry*. 62. 629-40.
- Wang, P.S., *et al.* (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: A randomized controlled trial. In: *The Journal of the American Medical Association*, 298(12): 1401-11.
- Whittaker, R. (2014). Pillerparadoxen: Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre? Sweden. Karneval förlag.
- World Health Organization (2020). Depression. 30 January 2020. In: www.who.int.
- Währborg, Peter (2002) Stress och den nya ohälsan. Sweden. Natur och Kultur.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر: مؤسسة درومليي للنشر والتوزيع.

الباب التاسع والثلاثون
نصائح للوقاية من الاكتئاب

- Berman, M. G., *et al* (2011). Depression, rumination and the default network. In: Social Cognitive and Affective Neuroscience, 6: 548-55.
- Gilbert, P (1989). Human Nature and Suffering. Hillsdale: Erlbaum
- Gilbert, P (2009). The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. Oakland. New Harbinger.
- Hari, Johann (2018). Lost Connections: Uncovering the Real Cause of Depression and the Unexpected Solution. New York. Bloomsbury.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). The Loss of Sadness. Oxford University Press. New York.
- Leahy, R. L. (2006). The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from Stopping You. New York. Harmony.
- Leahy, R. L. (2010). Beat the blues before they beat you. New York. Hay House.
- Lewis, G., *et al.* (1997). Strategies for preventing suicide. In: British Journal of Psychiatry, 171: 351-54.
- Milligan, S. & Clare, A. (1993). Depression and How to Survive It. United Kingdom. Arrow Books.
- Runeson, B., *et al.* (2012). Den suicidnära patienten: Värdering och hantering av suicidrisk. First edition. Lund. Studentlitteratur.
- Schoevers, R. A., *et al.* (2006). Prevention of late-life depression in primary care: Do we know where to begin? In: The American Journal of Psychiatry 163: 1611-21.
- Van Zoonen, K., *et al.* (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. In: International Journal of Epidemiology, 43: 318-29.

- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). Reinventing Your Life: How to Break Free of Negative Life Patterns. New York. Plume.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة درومني للنشر والتوزيع.

الباب الأربعون
علاج الاكتئاب

مادة هذا الباب هي مختارات من تعليقات على فيديوهات الاضطرابات الاكتئابية المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة أحاديث رجل الكهف على اليوتيوب.

- Addis, M. E., & C. R. Martell (2004). Overcoming Depression One Step at a Time: The New Behavioral Activation Approach to Getting Your Life Back. Oakland. New harbinger.
- Agerberg, M. (2011). Ut ur mörkret: En bok om depression. Sweden. Studentlitteratur.
- Alexander, J. F., *et el.* (2013). Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. First edition. Washington DC. American Psychological Association.
- Alkin, T., *et. al.* (2014). Is depression curable? In: *Medicographia*. 36(4): 483-500.
- American Psychiatric Association (2006). Practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium. Arlington. American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Angst, J., *et al.* (1996). Recovery from depression: Risk or reality? In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 93(6): 413-9.
- Angstman, K. B., *et al.* (2013). Inter-relationship of the functional status question of the PHQ-9 and depression remission after six months of collaborative care management. In: *Journal of Psychiatric Research*. 47(3) 418

22

- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.) (2002). Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders. New York. Guilford.
- Arendt, M. & Rosenberg, N. K. (2012). Kognitiv terapi: Nyeste udvikling. Hans reitzels forlag. Copenhagen.
- Asnis, G. M., *et al.* (1999). Zolpidem for persistent insomnia in SSRI-treated depressed patients. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*. 60(10): 668-76.
- Austin, M. P., *et al.* (1992). Cognitive function in major depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 2.: 21-9.
- Austin, M. P., *et al.* (2001). Cognitive deficits in depression: Possible implications for functional neuropathology. In: *British Journal of Psychiatry*. 178: 200-6.
- Banerjee, S., *et al.* (2011). Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): A randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. In: *The Lancet*. 378: 403-11.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. In: *American Psychologist*. 59: 869-78.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Barnhofer, T., *et al.* (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. in *Behaviour Research and Therapy*. 47(5): 366-73.
- Bauer, M. (2011). Depressive episode: Does antidepressant treatment prevent the risk of depressive disorder? In: *Medicographia*. 33(2): 151-7.
- Bauer, M., *et al.* (2013). Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. In: *The World Journal of Biological Psychiatry*. 14(5): 334-85
- Bech, P. (2005). Social functioning: Should it become an endpoint in trials of antidepressants? In: *CNS Drugs*. 19(4): 313-24
- Bech, P., *et al* (2010). Relapse prevention and residual symptoms: a closer

analysis of placebo-controlled continuation studies with escitalopram in major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(2): 121-9.

- Beck, A. T. (1967). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia. University of Pennselvania Press.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive Therapy - Nature and Relation to Behavior Therapy. In. *Behavior Therapy*, 1: 184-200.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York. International Universities Press.
- Beck, A. T. (1988). Love is Never Enough. New York. Harper & Row.
- Beck, A. T. *et al.* (1987) Cognitive Therapy of Depression. First edition United States of America. Guilford Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia. University of Pennselvania Press.
- Beck, A. T., *et al.* (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford.
- Beck, A., *et al.* (2011). Severity of depression and magnitude of productivity loss. In: *Annals of Family Medicine*, 9(4): 305-11.
- Beck, J. S. (2006). Cognitive Therapy Worksheet Packet. Revised edition. Bala Cynwed. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Second edition. New York. Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., *et al.* (2015). Experiencing CBT from the Inside Out. A Self Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists. New York. Guilford Press
- Bentz, B. G. & Hall, J. R. (2008). Assessment of depression in a geriatric inpatient cohort: A comparison of the BDI and GDS. In: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8. 93-104.
- Berger, T., *et al.* (2011). Internet-based treatment of depression. A randomized controlled trail comparing guided with unguided self help. In: *Cognitive Behavioral Therapy*, 40(4). 251-66.

- Bhagwagar, Z., & Cowen, P. J. (2008). 'It's not over when it's over': Persistent neurobiological abnormalities in recovered depressed patients. In: *Psychological Medicine*, 38(3): 307-13.
- Bhar, S. S., *et al.* (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. In: *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2): 161-6.
- Biggs, M. M., & A. J. Rush (1999). Cognitive and behavioral therapies alone or combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In: D. S. Janowsky (Ed.). *Psychotherapy indications and outcomes*. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Bihlar, B., & Carlsson, A. M. (2001). Planned and actual goals in psychodynamic psychotherapies: Do patients' personality characteristics relate to agreement? In: Psychotherapy Research, 11: 383–400.
- Bion, W. R. (1961). Experiences in Groups. London. Tavistock Publications.
- Blier, P. (2013). Neurotransmitter targeting in the treatment of depression. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12): 19-24.
- Bockian, N. R. (Ed.) (2006). Personality-Guided Therapy for Depression. Washington DC. American Psychological Association.
- Bora, E., *et al.* (2013). Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. In: *Psychological Medicine*, 43: 2017-26.
- Borelius, M. (2013). Byt det sista tabut: Mental ohälsa ut ur garderoben. Sweden. Natur och Kultur. p.p. 179–94.
- Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, and medication alone. In: *British Journal of psychiatry*, 156: 73-85.
- Bowie, C. R., *et al.* (2013). Cognitive remediation for treatment resistant depression: Effects on cognition and functioning and the role of online homework. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8): 680-5.
- Castonguay, L. G., *et al.* (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. In: *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1): 4-20
- Chin, W. Y., *et al.* (2014). Detection and management of depression in adult

primary care patients in Hong Kong: A cross-sectional survey conducted by a primary care practice based research network. In: *BMC Family Practice*, 15: 30.

- Chokka, P. (2013). Can an integrative approach to the management of depression help patients achieve functional recovery? A review of current literature. In: *Depression and Anxiety*, 2: 1-10.
- Cipriani, A., *et al* (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: A multiple treatments meta-analysis. In: *The Lancet*, 373: 746-58.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (Eds.) (1997). Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. In: *Psychological Bulletin*, 112: 155-9.
- Corrigan, P. W., & Yudofsky, S. C. (Eds.) (1996). Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Corruble, E., de Bodinat, C., Belaïdi, C., & Goodwin, G. M. (2013). Agomelatine Study Group. Efficacy of agomelatine and escitalopram on depression, subjective sleep and emotional experiences in patients with major depressive disorder: A 24-wk randomized, controlled, double-blind trial. In: *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(10): 2219-34.
- Cuijpers, P. (2014). Personalized treatment for functional outcome in depression. In: *Medicographia*, 36(4): 476-81.
- Cuijpers, P., *et al.* (2007). Behavioral actiation treatments of depression: A meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review*, 27: 318-28.
- Cuijpers, P., *et al.* (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. In: *The American Journal of Psychiatry*, 165: 1272-80.
- Cuijpers, P., *et al.* (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 909-22.

- Cuijpers, P., *et al.* (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A metaanalysis. In: *Clinical Psychology Review*, 30: 51-62.
- Cuijpers, P., *et al.* (2011). Interpersonal psychotherapy of depression: A meta analysis. In: *The American Journal of Psychiatry*, 168: 581-92.
- Cuijpers, P., *et al.* (2012). Personalized treatment of adult depression: Medication, psychotherapy or both? A systematic review. In: *Depression and Anxiety*, 29: 855-64.
- Cuijpers, P., *et al.* (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review*, 32: 280-91.
- Cuijpers, P., *et al.* (2013). A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58: 376-85.
- Cuijpers, P., *et al.* (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. In: *World Psychiatry*, 12: 137-48.
- Cuijpers, P., *et al.* (2014). What is the threshold for a clinically relevant effect? The case of major depressive disorders. In: *Depression and Anxiety*, 31(5): 374-8.
- Cullberg W., M. (2000). En dörr till ditt inre: Visualisering i terapi: En väg till hälsa och självkännedom. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Cullen, J. M., *et al.* (2006). behavioral activation treatment for major depressive disorder: a pilot investigation. In: *Behavior Analyst Today*, 7: 151-66.
- Curry, J. F. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. In: *Biological Psychiatry*, 49: 1091-100.
- Davidson, P. O. (Ed.) (1976). The Behavioral Management of Anxiety, Depression, and Pain. New York. Mazel.
- Davis, J. M., *et al.* (2011). Should we treat depression with drugs or psychological interventions? A reply to Ioannidis. In: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6: 8.
- Delaveau, P., *et al.* (2011). Brain effects of antidepressants in major

depression. a meta-analysis of emotional processing studies. In: *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2): 66-74.

- Delaveau, P., *et al.* (2014). Dorsomedial and precuneus activation during self-referential processing predict long-term remission to agomelatine in major depression. In: *European Psychiatry*, 29 (1): 1086.
- Delgado, P. L., *et al.* (1990). Serotonin function and the mechanism of antidepressant action. Reversal of antidepressant-induced remission by rapid depletion of plasma tryptophan. In: *The Archives of General Psychiatry*, 47: 411-8.
- Demyttenaere, K. (2014). Affect modulation, functioning, and depression. In: *Medicographia*, 36(4): 441-5.
- Demyttenaere, K., *et al.* (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting, 2: The influence of gender and type of impairment. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(22), 34-37.
- DeRubeis, R. J., *et al.* (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. In: *The Archives of General Psychiatry*, 62: 409-16.
- DiGiuseppe, R., *et al.* (2013). A practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy. Third edition. New York. Oxford University Press.
- Dimeff, L. A., & Koerner K. (2007). Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings. New York. The Guilford Press.
- Dimidjian, S., *et al.* (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. In: *Annual Review of Clinical Psychology*, 7: 1-38.
- DiTomasso, R. A., *et al.* (Eds.) (2010). Handbook of Cognitive Behavioral Approaches in Primary Care. New York. Springer.
- Dobson, K. S., *et al.* (2008). randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3): 468-77.
- Duman, R. S., & Aghajanian, G. K. (2012). Synaptic dysfunction in depression. Potential therapeutic targets. In: *Science*, 338(6103): 68-72.

- Dunlop, B. W., & Davis, P. G. (2008). Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: A review. In: *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 10(3): 222-8.
- Dunlop, B. W., *et al.* (2012). Recovery and subsequent recurrence in patients with recurrent major depressive disorder. In: *Journal of Psychiatric Research*, 46: 708-15.
- Eisendrath, S., *et al.* (2011). Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A clinical case study. In: *Cognitive Behavioral Practice*, 18(3): 362-70.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. In: *Psychological Medicine*, 38: 611-23.
- Eliacheff, C. (1994). På kroppen och på skriket. Psykoanalys med små barn. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Elkin, I., *et al.* (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 841-7.
- Ernvik, U. (2019). Familjeterapi: En utforskande och samskapande lek som förvandle relationer. Lund. Studentlitteratur.
- Farmer, R. F., & A. L. Chapman (2010). Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy: Practical Guidance for Putting Theory into Action. Washington DC. American psychological association.
- Fava, G. A. *et al.* (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. In: *The American Journal of Psychiatry*, 155(10): 1443-5.
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. In: *Psychological Medicine*, 37: 307-17.
- Fava, M. *et al.* (2005). A multicenter, placebo-controlled study of modafinil augmentation in partial responders to selective serotonin reuptake inhibitors with persistent fatigue and sleepiness. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(1): 85-93.

- Fava, M., *et al.* (2007). Modafinil augmentation of selective serotonin reuptake inhibitor therapy in MDD partial responders with persistent fatigue and sleepiness. In: *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(3): 153-9.
- Fava, M., *et al.* (2008). Differences in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: A STAR*D report. In: *The American Journal of Psychiatry*, 165(3): 342-51.
- Fawcett, J. (1994). Antidepressants: Partial response in chronic depression In: *British Journal of Psychiatry*, (26): 37-41.
- Fing, I. C., *et al.* (2012). The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A met-analysis 2000-2010. In: *Worldviews Evidence Based Nursing*, 9(1): 2-17.
- Fournier, J. C., *et al.* (2008). Antidepressant medications versus cognitive therapy in depressed patients with or without personality disorder. In: *British Journal of Psychiatry*, 192(2): 124-9.
- Franchini, L., *et al.* (1999). Two-year maintenance treatment with citalopram 20mg, in unipolar subjects with high recurrence rate. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (12): 861-65.
- Franchini, L., Zanardi, R., Gasperini, M., & Smeraldi, E. (1999). Two-year maintenance treatment with citalopram, 20 mg, in unipolar subjects with high recurrence rate. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(12): 861-5.
- Frank, E., *et al.* (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. In: *The Archives of General Psychiatry*, 48(9): 851-5.
- Frank, E., *et al.* (2011). Predictors and moderators of time to remission of major depression with interpersonal psychotherapy and SSRI pharmacotherapy. In: *Psychological Medicine*, 41: 151-62.
- Freeman, A., *et al.* (2004). Clinical Applications of Cognitive Therapy Second edition. New York. Springer.
- Freeman, A., *et al.* (2008). Clinical Psychology: Integrating Science and Practice. Hoboken. Willy.
- Freeman, C. & Power, M. (Eds.) (2007). Handbook of Evidence-Based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice. Oxford Oxford university press

- Furukawa, T. A., *et al.* (2008). Definitions of recovery and outcomes of major depression: results from a 10-year follow-up. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(1): 35-40.
- Gartlehner, G., *et al.* (2008). Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: Background paper for the American College of Physicians. In: *Annals of Internal Medicine*, 149: 734-50.
- Gaynes, B. N., Dusetzina, S. B., Ellis, A. R., *et al.* (2012). Treating depression after initial treatment failure: Directly Comparing Switch and Augmenting Strategies in STAR*D. In: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 32(1): 114-9.
- Geddes, J. R., *et al.* (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. In: *The Lancet*, 361 (9358): 653-61.
- Gelenberg, A. J., *et al.* (1990). Tyrosine for depression: A double-blind trial. In: *Journal of Affective Disorders*, 19: 125-32.
- Gentzel, L. (2006). Nätverkskontakt: Ett verktyg i återhämtning. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & föreningen Balans.
- Gerge, A. (2010). Psykoterapi: Vid dissociativa störningar. Stocholm. Insidan.
- Germer, C. K., *et al.* (2013). Mindfulness and Psychotherapy. Second edition. New York. Guilford Press.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). Från självsvält till ett fullvärdigt liv: En ny KBT-metod i 6 steg. Första utgivan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Gibbons, R. D., *et al.* (2012). Benefits from antidepressants: Synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebocontrolled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. In: *The Archives of General Psychiatry*, 69(6): 572-9.
- Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. New York. Routledge.
- Gilson, M. (2009). Overcoming depression: A Cognitive Therapy Approach. Second edition. New York. Oxford University Press.

- Glant, H. (2017). Ny i psykiatrin: Våra vanligaste psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar: Bemötande, behandling, anhörigperspektiv. Sixth edition. Polen. Gothia Fortbidning.
- Gloaguen, V., *et al.* (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. In: *The Journal of Affective Disorders*. 49: 59-72.
- Goodwin, G. M., *et al.* (2009). Agomelatine prevents relapse in patients with major depressive disorder without evidence of a discontinuation syndrome: A 24 week randomized, double-blind, placebo controlled trial. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*. 70(8): 1128-37.
- Gordan, K. (2004) Professionella möten: Om utredande, stödjande och psykoterapeutiska samtal. Andra utgåvan, andra tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Gorwood, P., *et al.* (2013). Is it worth assessing progress as early as week 2 to adapt antidepressive treatment strategy? Results from a study on agomelatine and a global meta-analysis. In: *European Psychiatry*. 28(6): 362-71
- Gøtzsche, P. C. (2016) Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse Sweden. Karneval förlag. p.p. 40-119.
- Graham, R. J. (Ed.) (1998). Cognitive-Behaviour Therapy for Children and Families. New York. Cambridge University Press.
- Greer, T. L., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2010). Defining and measuring functional recovery from depression. In. *CNS Drugs*. 24(4): 267-84.
- Grip, L. (2003). Medicin mot livet: Om antidepressiva läkemedel. Sweden. Carlsson Bokförlag.
- Gustavson, C. (2004). När någon i din närhet har en depression. Sweden. ICA bokförlag.
- Gustin, L. W. (2012). KBT i omvårdnadsarbetet om meningsskapande i gemenskap. Lund. Studentlitteratur.
- Gyllensten, B., & Olsson, G. (2013). Det terapeutiska mötet: Om relationens betydelse i psykoterapi och vardagsliv. Trialis förlag. Sweden. p.p 109-123
- Hackman, A., *et al.* (2011). Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy. Oxford University Press. Oxford.

- Hagqvist, A. & Widinghoff, B. (Eds.) (2010). Miljöterapi: Igår, idag och i morgon. Första upplagan, nionde tryckningen. Lund. Studentlitteratur.
- Hansson, K. & Sundelin, J. (Eds.) (1995). Familjeterapi: Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv. Lund. Studentlitteratur.
- Hansson, K. (2001). Familjebehandling på goda grunder: En forskningsbaserad översikt. Malmö. Gothia Förlag.
- Harmer, C. J. et al. (2009). Why do antidepressants take so long to work? A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. In: British Journal of Psychiatry, 195: 102-8.
- Harmer, C. J. et al. (2011). Agomelatine facilitates positive versus negative affective processing in healthy volunteer models. In: *Journal of Psychopharmacology*, 25(9): 1159-67.
- Härnvert, H. & Jesen, P. (2012). Familjen plus en: En resa genom familjeterapins praktik och idéer. Lund. Studentlitteratur.
- Hayward, G. et al. (2005). Low-dose tryptophan depletion in recovered depressed patients induces changes in cognitive processing without depressive symptoms. In: *Biological Psychiatry*, 57: 517-24.
- Herbert, J. D. & Forman, E. M. (Eds.) (2011). Acceptance and Mindfulness in Cognitive Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. Hoboken. Willy.
- Herrera-Guzman, I., *et al.* (2008). Cognitive predictors of treatment response to bupropion and cognitive effects of bupropion in patients with major depressive disorder. In: *Psychiatry Research*, 160(1): 72-82.
- Heun, R., *et al.* (2013). The efficacy of agomelatine in elderly patients with recurrent major depressive disorder: A placebo-controlled study. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6): 587-94.
- Hilmarsson, H. T. (2014). Hjälpande samtal: Positiv motivation. Lund. Studentlitteratur.
- Hofmann, S. G., & Thompson, M. C. (Eds.) (2004). Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions. New York. Guilford Press.
- Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioural therapy and does it

work? In: *Current Opinion in Neurobiology*, 8: 289-92.

- Hollon, S. D. *et al.* (2002). Treatment and prevention of depression. In: *Psychological Science in the Public Interest*, 3: 39-77.
- Hollon, S. D. *et al.* (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. In: *Archives of general psychiatry*, 62: 417-22.
- Hollon, S. D., & R. C. Shelton (2001). Treatment guideline for major depressive disorder. In: *Behavior Therapy*, 32: 235-58.
- Hollon, S. D., *et al.* (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: Promoting innovation and increasing access. In: *Biological Psychiatry*, 52: 610-30.
- Holmqvist, R. (2018). Relationell psykoterapi: Så här gör man. Stockholm. Omslag Anna Guttorp.
- Holsboer, F. (2008). How can we realize the promise of personalized antidepressant medicines? In: *Nature Reviews Neuroscience*, 9: 638-46.
- Hopko, D. R., *et al.* (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. In: *Psychotherapy*, 42(2): 236-43.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000) Applied Logistic Regression. Second edition. New York. John Wiley.
- Hostrup, H. (2002). Gestaltterapi: En introduktion i grundbegreppen. Sweden. Studentlitteratur.
- Israel, J. A. (2006). Remission in depression: Definition and initial treatment approaches. In: *Journal of Psychopharmacology*, 20(3l): 5-10.
- Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago. Chicago University Press.
- Janowsky, D. S. (Ed.) (1999). Psychotherapy indications and outcomes. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Jarrett, R. B., *et al.* (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without continuation phase. In: *Archives of General Psychiatry*, 58(4): 381-8.
- Jarrett, R. B., *et al.* (2008). How much cognitive therapy, for which patients, will prevent depressive relapse. In: *Journal of affective disorders*, 111(2-3).

185-92.

- Johansson, R., & G. Andersson (2012). Internet-based psychological treatment for depression. In: *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7): 861-70.
- Johnson, L. A., *et al.* (2013). Current 'legal highs.' In: *Journal of Emergency Medicine*, 44: 1108-15.
- Karlsson, A. (2018). Biblioterapi; litteraturens kraft: Biblioterapi för SiS Ungdomshem Brättegården. Borås. Utgiven av Recto Förlag.
- Kasper, S., *et al.* (2013). Antidepressant efficacy of agomelatine versus SSRI/SNRI: Results from a pooled analysis of head-to-head studies without a placebo control. In: *International Clinical Psychopharmacology*, 28(1): 12-9.
- Katon, W., *et al.* (1990). Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. In: *General Hospital Psychiatry*, 12: 355-62.
- Katona, C. (2014). The challenge of restoring functioning in older depressed patients. In: *Medicographia*, 36(4): 458-63.
- Kåver, A. (2006). KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi. Första utgåvan, andra tryckningen. Stockholm. Natur och Kultur.
- Keller, M. B., *et al.* (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: A 5-year follow-up of 431 subjects. In: *The Archives of General Psychiatry*, 49: 809-16.
- Keller, M. B., *et al.* (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. In: *The New England Journal of Medicine*, 342: 1462-70.
- Kendall, P. C., *et al.* (1987). Issues and recommendations regarding the use of the Beck Depression Inventory. In: *Cognitive Therapy and Research*, 11: 289-99.
- Kennedy S. H., & Cyriac, A. (2014). Restoring functioning in depression: achieving therapeutic efficiency. In: *Medicgraphia*, 36(4): 435-40.
- Kennedy, S. H., *et al.* (2007). Differences in brain glucose metabolism

between responders to CBT and venlafaxine in a 16-week randomized controlled trial. In: *American Journal of Psychiatry*, 164: 778-88

- Kennedy, S. H., *et al.* (2014). A placebo-controlled study of three agomelatine dose regimens (10mg, 25mg, 25-50mg) in patients with major depressive disorder. In: *European Neuropsychopharmacology*, 24(4): 553-63.
- Kennedy, S., *et al.* (2011). Strategies to achieve clinical effectiveness: Refining existing therapies and pursuing emerging targets. In: *Journal of Affective Disorders*, 132(1): 21-28.
- Khan, A., *et al.* (2010). Why has the antidepressant placebo difference in antidepressant clinical trials diminished over the past three decades? In: *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16(4): 217-26.
- Kiloh, L. G., *et al.* (1988). Physical Treatment in Psychiatry. Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- King, R., *et al.* (Eds.) (2012). Manual of Psychosocial Rehabilitation. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Kirkish, P., & Sreenivasan, S. (1999). Neuropsychological assessment of competency to stand trial evaluations: A practical conceptual model. In: *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 27: 101-13.
- Kirsch, I., *et al.* (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. In: *PLoS medicine*, 5(2): e45.
- Klefbeck, J., & Ogden, T. (2009). Barn och nätverk: Ekologiskt perspektiv på barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn. Andra upplagan, tredje tryckning. Sweden. Liber AB.
- Kocsis, J. H., & D. N. Klein (Eds.) (1995). Diagnosis and Treatment of Chronic Depression. New York. Guilford Press.
- Kok, R. M., *et al.* (2011). Continuing treatment of depression in the elderly: A systematic review and meta-analysis of double-blinded randomized controlled trials with antidepressants. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3): 249-55.
- Kok, R. M., *et al.* (2012). Efficacy of treatment in older depressed patients: A systematic review and meta-analysis of double-blind randomized

controlled trials with antidepressants. In: *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3): 103-15.

- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. In: *The Lancet*, 379(9820): 1045-55
- Kurian, B., Greer, T., & Trivedi, M. (2009). Strategies to enhance the therapeutic efficacy of antidepressants: Targeting residual symptoms. In: *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(7): 975-84.
- Kuyken, W., *et al.* (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 966-78.
- Kuyken, W., *et al.* (2009). Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. New York. Guilford Press.
- Lam, R. W., *et al.* (2013). Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder. In: *British Journal of Psychiatry*, 203(5): 358-65.
- Lam, R. W., Filteau, M. J., & Milev, R. (2011). Clinical effectiveness: The importance of psychosocial functioning outcomes. In: *The Journal of Affective Disorders*, 132(1): 9-13.
- Lang, U. E., & Borgwardt, S. (2013). Molecular mechanisms of depression: Perspectives on new treatment strategies. In: *Cellular Physiology and Biochemistry*, 31: 761-77.
- Leahy, R. L. (2001). Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. New York. Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003). Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. New York. Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2006). The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from Stopping You. New York. Harmony.
- Leahy, R. L. (2010). Beat the blues before they beat you. New York. Hay House.
- Leahy, R. L. (Ed.) (2003). Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change. New York.

Guilford Press.

- Lewinsohn, P. M., *et al.* (1984). The Coping with Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression. Eugene. Castalia.
- Licht, R. W. (2013). Is it possible to evaluate true prophylactic efficacy of antidepressants in severely ill patients with recurrent depression? Lessons from a placebo-controlled trial. The fifth trial of the Danish University Antidepressant Group (DUAG-5). In: *Journal of Affective Disorders*, 148(2-3): 286-90.
- Lilienfeld, S. O., *et al.* (2000). The scientific status of projective techniques. In: *Psychological Science in the Public Interest*, 1: 27–66.
- Londborg, P. D., *et al.* (2000). Short-term therapy with clonazepam and fluoxetine: anxiety, sleep disturbance and core symptoms of depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 61(1-2): 73-9.
- Lynch, T. R. (2014). Radically Open-Dialectical Behavior Theory for Disorders of Overcontrol. New York. Guilford Press.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. In: *Journal of consulting and clinical psychology*, 27(1): 31-40.
- Manicavasagar, V., *et al.* (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40: 227-32.
- Markowitz, J. C. (1998). Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Markowitz, J. C., & Waeissman, M. M. (Eds.) (2012). Casebook of Interpersonal Psychotherapy. New York. Oxford University Press.
- Martinotti, G., *et al.* (2012). Agomelatine versus venlafaxine XR in the treatment of anhedonia in major depressive disorder: A pilot study. In: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 32(4): 487-91.
- Mathew, K. L., & Whitford, H. S. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38: 561-76.
- Mathys, M., & Mitchell, B. G. (2011). Targeting treatment-resistant

depression. In: *Journal of Pharmacological Practice*, 24(6): 520-33.

- Matthew, K. L., *et al.* (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38: 561-76.
- McCabe, C., & Mishor, Z. (2011). Antidepressant medications reduce sub-cortical-cortical resting-state functional connectivity in healthy volunteers. In: *NeuroImage*, 57: 1317-23.
- McGrath, C.L., *et al.* (2013). Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder. In: *JAMA Psychiatry*, 70: 821-9.
- McIntyre, R. S., *et al.* (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: Determinants, substrates and treatment interventions. In: *Depression and Anxiety*, 30: 515-27.
- McIntyre, R., *et al.* (2014). Treatment-resistant depression: Definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. In: *Journal of Affective Disorders*, 156: 1-7.
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. In: *Clinical Psychology Review*, 29: 243-59.
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. In: *Clinical Psychology Review*. 29: 243–59.
- McMakin, D., *et al.* (2012). Anhedonia predicts poorer recovery among youth with selective serotonin reuptake inhibitor treatment-resistant depression. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4): 404-11.
- Meichenbaum, D. H. (1977). Cognitive-Behaviour Modification. New York. Plenum.
- Menza, M., *et al.* (2003). Residual symptoms in depression: Can treatment be symptom-specific? In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(5): 516-23.
- Mintz, J., *et al.* (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. In: *The Archives of General Psychiatry*, 49(10): 761-8.
- Mohr, D. C., *et al.*(2001). Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and

sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 942-9.

- Mörch, M. M., *et al.* (Eds.) (1999). Kognitiva behandlingsformer: Kognitiv terapi, social färdighetsträning, psykopedagogiska arbetssätt och kognitiv träning. Stockholm. Nature & Kultur.
- Mouchabac, S., Lemoine, P., & Baylé, F. J. (2013). Functional remission in depression and patient satisfaction index: Results of the DIAPASON study. In: *European Psychiatry*, 28(1): 1836.
- Mueller, T. I., *et al.* (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. In: *The American Journal of Psychiatry*, 156: 1000-6.
- Mufson, L., *et al.* (1993). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. New York. Guildford press.
- Mukai, Y., & Tampi, R. R. (2009). Treatment of depression in the elderly: A review of the recent literature on the efficacy of single- versus dual-action antidepressants. In: *Clinical Therapeutics*, 31(5): 945-61.
- Muñoz C. (2014). Valdoxan: Recovering usual functioning in depressed patients. In: *Medicographia*, 36(4): 501-7.
- Muñoz, C. (2013). Valdoxan's unique profile of antidepressant efficacy at the core of depression. In: *Medicographia*, 35(3): 327-33.
- Murrough, J. W. (2012). Ketamine as a novel antidepressant: From synapse to behavior. In: *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91: 303-9.
- Narasimhan, M., & Kannaday, M. (2010). Treating depression and achieving remission. In: *The Asian Journal of Psychiatry*, 3: 163-8.
- National Institute of Health and Clinical Excellence. (2009). Depression: The treatment and management of depression in adults. London. Author.
- Navarro, V., *et al.* (2013). Association between symptomatic profile and remission following antidepressant treatment in unipolar major depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 150: 209-15.
- Nejad, A. B., *et al.* (2013). Self-Referential processing, rumination, and cortical midline structures in major depression. In: *Frontiers in Human Neuroscience*, 7: 666.

- Nelson, J. C., *et al* (2008). Anxiety does not predict response to antidepressant treatment in late life depression: Results of a meta analysis. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24: 539-44.
- Nierenberg, A. A., *et al* (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(4): 221-5.
- Nierenberg, A., & Wright, E. (1999). Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(22): 7-11.
- Nolen-Hoeksema, S., *et al*. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 20-8.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients. New York. Oxford University Press.
- O'Connor, R. M., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2012). Little things on which happiness depends: MicroRNAs as novel therapeutic targets for the treatment of anxiety and depression. In: *Molecular Psychiatry*, 17(4): 359-76.
- Oestrich, I. H. & Johansen, F. (2007). Kognitiv coaching: Effektivt stöd till problemlösning och personlig utveckling. Första upplagan. Sweden. Liber AB.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Tedeschi, M., & Wan, G. J. (2006). Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. In: *The American Journal of Psychiatry*, 163: 101-8.
- Ostrich, I., & Holm, L. (Eds.) (2003). Kognitiv miljöterapi: Att skapa en behandlingsmiljö i likvärdigt samarbete. Lund. Studentlitteratur.
- Palmkron Ragnar, Å. (2006). KBT kognitiv beteendeterapi: Komma på bättre tankar Sweden. Palmkrons Förlag. p.p. 218-26.
- Papakostas, G. I., & Fava, M. (2008). Predictors, moderators, and mediators (correlates) of treatment outcome in major depressive disorder. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10: 439-51.
- Parker G (2014). Toward full remission: Improvement in functional outcomes in depression. In: *Medicographia*, 36(4): 508-11.

- Parker, G., Anderson, I. M., & Haddad, P. (2003). Clinical trials of antidepressant medications are producing meaningless results. In: *British Journal of Psychiatry*, 183: 102-4.
- Paykel, E. S., *et al.* (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. In: *Psychological Medicine*, 25: 1171-80.
- Paykel, E. S., *et al.* (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. In: *Archives of general psychiatry*, 56: 829-35.
- Paykel, E. S. (2008). Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 10(4): 431-7.
- Pecenak, J., & Novotny, V. (2013). Agomelatine as monotherapy for major depression: An outpatient open label study. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9: 1595-604.
- Perris, C. (1996). Kognitiv terapi i teori och praktik. Borås: Natur och Kultur.
- Perry, W., & Viglione, D. J. (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. In: *Journal of Personality Assessment*, 56: 487–501.
- Petersen, T. (2006). Enhancing the efficacy of antidepressants with psychotherapy. In: *Journal of Psychopharmacol*, 20: 19-28.
- Pichot, P. & Oliver-Martin, R. (Eds.) (1974). Psychological measurements in psychopharmacology: Modern problems in pharmacopsychiatry. Basel. Karger.
- Plaud, J. J., & Eifers, G. H. (Eds.) (1998). From Behavior Theory to Behavior Therapy. Boston: Allyn & Bacon.
- Psychology Today: www.psychologytoday.com.
- Quitkin, F. M., *et al.* (2003). When should a trial of fluoxetine for major depression be declared failed? In: *The American Journal of Psychiatry*, 160: 734-40.
- Rajji, T. K., *et al.* (2008). Use of antidepres-sants in late-life depression. In: *Drugs & Aging*, 25(10): 841-53.
- Ramasubbu, R., *et al.* (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management

of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions. In: *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1): 91-109.

- Ramnerö, J. (2006). Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi. Sweden. Studentlitteratur.
- Rapaport, M. H. (2009). Beyond acute treatment of depressive disorders. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(7):e21.
- Raskin, J., *et al.* (2007). Efficacy of duloxetine on cognition, depression and pain in elderly patients with major depressive disorder: An 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. In: *The American Journal of Psychiatry*, 164: 900-9.
- Rathod, S. (2013). Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: A randomised controlled trail. In: *Schizophrenia Research*, 143(2-3): 319-26.
- Rehm, L. P. (Ed.) (1981). Behavior therapy for depression: Present status and future directions. New York. Academic press.
- Reimherr, F. W., *et al.* (1998). Optimal length of continuation therapy in depression: A prospective assessment during long-term fluoxetine treatment. In: *American Journal of Psychiatry*, 155: 1247-53.
- Renner, F., *et al.* (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. In: *Journal of Affective Disorder*, 136: 581-90.
- Reppermund, S., *et al.* (2009). Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. In: *Psychological Medicine*, 39(4): 603-14.
- Riedel, M., *et al.* (2011). Clinical predictors of response and remission in inpatients with depressive syndromes. In: *The Journal of Affective Disorders*, 133: 137-49.
- Riso, L. P., *et al.* (1997). A prospective test of criteria for response remission relapse recovery and recurrence in patients treated with cognitive behavior therapy. In: *The Journal of Affective Disorders*, 43:131-42.
- Riso, L. P., *et al.* (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. In: Cognitive Therapy and Research, 30(4): 515-29.
- Riss, S., & Bootzin, R. (Eds.) (1985). Theoretical Issues in Behavior Therapy.

New York. Academic press.

- Romeo, R., *et al.* (2013). Cost effectiveness analyses for mirtazapine and sertraline in dementia: Randomised controlled trial. In: *British Journal of Psychiatry*, 202: 121-8.
- Romera, I., *et al.* (2010). Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive dis-order episode: a six-month prospective epidemiological study. In: *European Psychiatry*, 25: 58-65.
- Rubin, N. J., & Arceneaux, M. (2001). Intractable depression or psychosis. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104: 402-05.
- Rush, A. J., *et al.* (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*D report. In: *American Journal of Psychiatry*, 163(11): 1905-17.
- Rush, A. J., *et al.* (2006). Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. In: *Neuropsychopharmacology*, 31: 1841-53.
- Rush, A. J., *et al.* (2006). Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. In: *Neuropsychopharmacology*, 31(9): 1841-53.
- Rush, A. J., *et al.* (2008). Handbook of Psychiatry Measures. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- Ryder, A. G., *et al.* (2010). Depressive personality and treatment outcome in major depressive disorder. In: *Journal of Personality Disorders*. 24: 392-404.
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2016). Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice. Second edition. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Sacco, W. P., & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. In: E. Edward Beckham, & William . R. Leber (Eds.), Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research. Second edition. United States of America. Guilford Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.) (2000). Kaplan and Sadock's compre-hensive textbook of psychiatry. Seventh edition. Philadelphia. Lip-pincott/Williams & Wilkins.

- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). Interpersonal Processes in Cognitive Therapy. New York. Basic Books.
- Salkovskis, P. M. (Ed.) (1996). Frontiers of Cognitive Therapy: The State of Art and Beyond. New York. Guilford Press.
- Sample, D. & Smyth, R. (2013). Oxford Handbook of Psychiatry. New York. Oxford University Press.
- Schatzberg, A., & Roose, S. (2006). A double-blind, placebo-controlled study of venlafaxine and fluoxetine in geriatric outpatients with major depression. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4): 361-70.
- Scheidegger, M., *et al.* (2012). Ketamine decreases resting state functional network connectivity in healthy subjects: Implications for antidepressant drug action. In: *PLoS One*, 7(9):e44799.
- Scott, J. (1996). Cognitive therapy of affective disorders: A review. In: *Journal of Affective Disorders*, 37: 1-11.
- Scott, J. (2000). New evidence in the treatment of chronic depression. In: *New England Journal of Medicine*, 342: 1518-20.
- Scott, J., *et al.* (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. In: *British Journal of Psychiatry*, 182: 221-7.
- Segal, Z. V., *et al.* (2002). Mindfulness-Based and Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. New York. Guilford Press.
- Segal, Z. v., *et al.* (2014). Mindfulnessbaserad kognitiv terapi vid depression. Första svenska utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur & Kultur.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In: *American Psychologist*, 65: 98-109.
- Shindles, A., *et al.* (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3): 365-70.
- Sigrell, B. (2000). Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi. Stockholm. Nature & Kultur.
- Simon, G. E., & Perlis, R. H. (2010). Personalized medicine for depression: Can we match patients with treatments? In: *The American Journal of*

Psychiatry, 167: 1445-55.

- Singh, N. N., *et al.* (Eds.) (2018). Handbook of Recovery In Inpatient Psychiatry. Springer. Nature.
- Sirey, J. A., *et al.* (2001) Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. In: *Psychiatric Services Journal*, 52: 1615-20
- Sneed, J. R., *et al.* (2008). Design makes a difference: A meta-analysis of antidepressant response rates in placebo-controlled versus comparator trials in late-life depression. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 65-73.
- Spirito, A., *et al.* (2011). Cognitive-behavioural therapy for adolescent depression and suicidality. In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 20(2): 191-204.
- Stassen, H., Delini-Stula, A., & Angst, J. (1993). Time course of improvement under antidepressant treatment: A survival analytic approach. In: *European Neuropsychopharmacology*, 3: 127-36.
- Teasdale, J. D., *et al.* (2000). prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4): 615-23.
- Tedeschini, E., *et al.* (2011). Efficacy of antidepressants for latelife depression: A meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled ran domized trials. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12): 1660-8.
- Thase, E. M. (2003). Effectiveness of antidepressants: Comparative remission rates. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12): 3-7.
- Thase, M. E. (2006). Preventing relapse and recurrence of depression, a brief review of therapeutic options. In: *CNS Forums*, 12(15): 12-21.
- Thase, M. E., *et al.* (1992). Treatment of imipramine-resistant recurrent depression, III: Efficacy of monoamine oxidase inhibitors. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 53: 5-11.
- Thornicroft, G., & Tansella, M., (Eds.) (2010). Mental Health Outcomes Measures. Third edition. London. Royal College of Psychiatrists.
- Tolin, D. F (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. In: *Clinical Psychology Review*,

30(6): 710-20.

- Topic, R., *et al.* (2013). Somatic comorbidity, metabolic syndrome, cardio-vascular risk, and CRP in patients with recurrent depressive disorders. In: *Croatian Medical Journal*, 54: 453-9.
- Topor, A. (2004) Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem. Sweden. Natur och Kultur.
- Topor, A. (2012). Managing the Contradictions: Recovering from Severe Mental Illness. Saarbrucken. Lap Lambert Academic Publishing.
- Topor, Alain *et al.* (2007) Vägen vidare: Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & Psykiatri Södra Stockholm.
- Trivedi, M. H., & Greer, T. L. (2014). Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. In: *Journal of Affective Disorders*, 152(4): 19-27.
- Trivedi, M. H., *et al.* (2006). Evaluation of outcome with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: Implications for clinical practice. In: *American Journal of Psychiatry*, 163: 28-40.
- Unützer, J., *et al.* (2002). Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. In: The *Journal of the American Medical Association*, 288(22): 2836-45.
- Vitiello, B., & Swedo, S. (2004). Antidepressant medication in children. In: *New England Journal of Medicine*. 350: 1489-90.
- Vittengl, J. R. *et al.* (2009). Deterioration in Psychosocial Functioning Predicts Relapse/Recurrence After Cognitive Therapy for Depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3): 135-43.
- Wade, A., *et al.* (2007). A comparative study of the efficacy of acute and continuation treatment with escitalopram versus duloxetine in patients with major depressive disorder. In: *Current Medical Research and Opinion*, 23(7): 1605-14.
- Warden, D., *et al.* (2007). The STAR*D Project Results: A comprehensive review of findings. In: Curr Psychiatry Rep, 9(6): 449-59.
- Wasserman, D. (1998) Depression en vanlig sjukdom: Symtom, orsaker

och behandlingsmöjligheter. Sweden. Natur och Kultur.

- Weissman, M. M., *et al.* (2000). Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York. Basic books.
- Weissman, M. M., *et al.* (2007). Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York. Oxford university press.
- Weissman, M.M., *et al.* (1976). Follow-up of depressed women after maintenance treatment. In: *The American Journal of Psychiatry*, 133(7): 757-60.
- Weizman, S., *et al.* (2012). Pharmacogenetics of antidepressive drugs: A way towards personalized treatment of major depressive disorder. In: *Neuropsychopharmacol Hung*, 14: 87-101.
- Wells, A., *et al.* (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trail. In: *Behaviour Research and Therapy*, 50(6): 367-73.
- Wells, K. B., *et al.* (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. In: *The Journal of the American Medical Association*, 262(7): 914-9.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. In: *Psychological Bulletin*, 114: 248-65.
- Wichers, M., *et al.* (2012). The dynamic interplay between negative and positive emotions in daily life predicts response to treatment in depression: A momentary assessment study. In: *British Journal of Clinical Psychology*, 51: 206-22.
- Wilhelmsen, I. (2001). Livet är ett osäkert projekt: Om känslor och kognitiv terapi. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Wolman, B. B., & Stricker, G. (Eds.) (1990). Depressive Disorders: Facts, theories, and treatment methods. New York. Wiley.
- Wong, M., & Licino, J. (2004). From monoamines to genomic targets: A paradigm shift for drug discovery in depression. In: *Nature Reviews Drug Discovery*, 3(2): 136-51.
- Wright, J. H., *et al.* (2011). Braking Free from Depression: Pathways to Wellness. New York. Guilford press.

- Yalom, I. D. (1980). Existential Psychotherapy. New York. Basic Books.
- Yalom, I. D. (2002). The Gift of Therapy. An open letter to a new genera tion of therapists and their patients. HarperCollins.
- Yoshimura, S., *et al.* (2014). Cognitive behavioral therapy for depression changes medial prefrontal and ventral anterior cingulate cortex activity as sociated with self referential processing. In: *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(4): 487-93.
- Young, J. E., *et al.* (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York. Guildford press.
- Zajecka, J. M. (2013). Residual symptoms and relapse: Mood, cognitive symptoms, and sleep disturbances. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(2): 9-13.
- Zajecka, J. M., *et al.* (2013). Residual symptoms in major depressive disorder: Prevalence, effects, and management. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4): 407-14.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. In: *Journal of Clinical Psychology*, 45(3): 436-45.
- Zhu, X., *et al.* (2012). Evidence of a dissociation pattern in resting-state default mode network connectivity in first-episode, treatment-naive major depression patients. In: *Biological Psychiatry*, 71: 611-7.
- Zimmerman, M., *et al.* (2004). Which factors influence psychiatrists' selection of antidepressants? In: *The American Journal of Psychiatry*, 161: 1285-9.
- Zimmerman, M., *et al.* (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. In: *American Journal of Psychiatry*, 163(1): 148-50.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

الباب الواحد والأربعون

خاتمة المحاورة

- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر: مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

[423] **لوسيل "مقاطعة":** لقد أنهى شوبان مقطوعته الحالمة كلها، وبيتهوفن أنهى السوناتا التاسعة والعشرين Hammerklavier كاملة منذ مدة وأنت لم تنه قائمة المراجع.

رجل الكهف: اللعنة، لقد جف شعري ولم أمشطه.

داني "بابتسامة رضا": هذا أكثر من كافٍ يا صديقي، لم أتوقع أن تكون كريماً معي إلى هذا الحدّ. لقد أعطيتني مراجع شاملة، ودراسات تفصيلية ومركزة كما فعلت عند حديثنا عن اضطرابات الشخصية. (رجل الكهف 2019: 276-302) أعتقد أن هذا يغنيني عن سؤالك عن أيّ شيء يتعلق بما تكلما عنه.

[424] **رجل الكهف:** نعم، إنّ الدراسات التي انتقيتها لك تسلّط الضوء على تساؤلات قد طرحناها أثناء الحوار، أو أنّها تتعلق بأمورٍ قد يتساءل عنها القراء الذين سيقرؤون كتابك لاحقا. وجميعها منشورةٌ في مجلات مراجعة أقران تعدّ من بين الأهم في هذا الميدان. وبالنسبة للكتب، فإن غالبيتها الساحقة هي إمّا كتب عيادية موجهة للأطباء، أو كتب أكاديمية موجهة للطلاب الجامعيين. كما أعطيتك العديد من الكتب التي هي موجهةٌ للعامّة كي تساعدهم في فهم الاضطرابات النفسية، والتعامل معها، وعلى رأسها، بالطبع، الاضطرابات الاكتئابية. وجميع هذه الكتب تقريبا منشورةٌ من قبل دور نشرٍ تعدّ من أكثر دور النشر مصداقية في العالم.

[425] **داني:** بالفعل، لقد لاحظت ذلك.

رجل الكهف: من وضع قرص الفونوغراف للسوناتا التاسعة والعشرين Hammerklavier لبيتهوفن؟ فأنا لم أنتبه إلى أنه قد تم وضعه أساسا.

[426] **لوسيل:** أنا قد وضعته.

رجل الكهف "بامتعاض": آمل ألا تكوني قد آذيت القرص أو الابرة.

خاتمة المحاور:

لوسيل "بخجل": أعرف أنك لا تحب أن يعبث أحد بمقتنياتك، لكن لا تقلق، والدي كان لديه فونوغراف وأنا معتادة على استخدامه.

رجل الكهف: هذا جيد، إذاً ضعي لنا قرص الرولينغ ستون Aftermath. وأنا سأمشط شعري.

داني "ينفجر ضاحكاً": ما هذه القفزة النوعية في الموسيقى، تنتقل مباشرة من Hammerklavier إلى Aftermath!

[427] **رجل الكهف "بوجهه الخالي من التعابير"**: ألم أقل لك أني ثنائي القطب؟

داني "بحماس": هذا صحيح. ولقد قلت لنا إنك ستشرح لنا اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بعد انتهائنا من الحديث عن الإضرابات الاكتئابية.

رجل الكهف: لقد قلت هذا، وسأفعله إن كنتما باقين عندي يومين آخرين. لكن ليس الآن. دعنا نأخذ استراحة من الاضطرابات النفسية يا صاحبي.

[428] **داني "بخجل"**: معك حق.

رجل الكهف: جهزا نفسيكما كي نخرج ونتمشى قليلاً في الغابة.

لوسيل "وهي تضع قرص الفونوغراف": أتفق معك يا رجل الكهف، هذه فكرة جيدة.

ويبدأ الثلاثة بتجهيز أنفسهم على أنغام أغنية Paint It, Black.

****

تمت المحاورة

رجل الكهف

17 July 2020 - 18:55 pm.

Östersund, Sverige



حوار مع رجل الكهف في الاكتئاب

أنا ثنائي القطب الثاني مع هيمنة للنوبات الاكتئابية والنوبات المختلطة، ودوران سريع، ودوران سريع جداً. وقد أمضيت حياتي كلها متقلباً بين نوبات الاكتئاب الحاد إلى حالة من الاكتئاب المتوسط مع نوباتٍ تحت هوسية. لذا فإني أعتقد أنني أعرف تمام المعرفة ألم الاكتئاب الحاد الذي يوصل إلى محاولات الانتحار، ومن إدراكي بخبرتي الشخصية المزمنة للاكتئاب، كما وخبرتي العلمية، فإني وجدت أن من الضروري أن أقدم لأقراني كتاباً شاملاً يغطي الاضطرابات الاكتئابية ويحددها بدقة على النحو المعتمد في حقل الطب النفسي والمعتمد بشكل كبير أكاديمياً وفي الممارسات العيادية حول العالم على أمل أن يساعدهم في النجاة من الوقوع في براثن الاكتئاب، وأن يرشد أولئك العالقين فيه إلى طريق الخلاص قبل أن يذوقوا من مرارته ما ذقته أنا.

رجل الكهف



